

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼 (変更・廃止) 届

被 保 険 者 氏 名	フリガナ	被保険者 番 号										
		個人番号										
		生年月日	年 月 日						性別	男・女		
介護予防サービス計画作成する事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センター												
事業所番号												
【事業所名・地域包括支援センター名】			【事業所の所在地・地域包括支援センターの所在地】 〒 電話番号 —									
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する事業者 (指定居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入)												
【事業所名】			【事業所の所在地】 〒 電話番号 —									
介護予防小規模多機能型居宅介護の利用開始月における介護予防サービス等の利用の有無			※介護予防小規模多機能型居宅介護の利用前の介護予防サービス (介護予防居宅療養管理指導及び介護予防特定施設入居者生活介護を除く。) 及び地域密着型介護予防サービス (介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護 (短期利用型) に限る。) の利用の有無を記入してください。 <input type="checkbox"/> 介護予防サービス等の利用あり (利用したサービス:) <input type="checkbox"/> 介護予防サービス等の利用なし									
介護予防サービス又は介護予防ケアマネジメント提供開始 (変更・廃止) 年月日			年 月 日									
事業所・地域包括支援センター変更 (廃止) の事由			※変更・廃止の場合のみ記入									
<input type="checkbox"/> 要支援状態区分変更により <input type="checkbox"/> 本人又は家族の希望により <input type="checkbox"/> 事業所廃止により <input type="checkbox"/> その他 ()												
滝川市長 様 <input type="checkbox"/> 上記の介護予防支援事業者等に介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼 (変更) することを届け出ます。 <input type="checkbox"/> 上記の介護予防支援事業者等との契約を廃止することを届け出ます。 年 月 日 住 所 被保険者 氏 名 電話番号 ()												

- (注意) 1 この届出は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者等が決まり次第速やかに滝川市に提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者 (地域包括支援センター) 又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者を変更するときは、速やかにこの届出を滝川市に提出してください。届出のない場合は、サービスに係る費用を一旦全額自己負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村窓口へ提出してください。
- 4 届出の際は、介護保険被保険者証を添付してください。

受付印

保 險 者 欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複		事務確認	
	[備 考]	事務 処理		