

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)届出書

区 分
新規・変更

被 保 険 者 氏 名	被 保 険 者 番 号
フリガナ	
	個 人 番 号
	生 年 月 日
	年 月 日

介護予防サービス計画作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者
 介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する地域包括支援センター

介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名	介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地	〒	
電 話 番 号			

介護予防支援事業所 (地域包括支援センター)番号	サービス開始(変更)年月日
	年 月 日

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居宅介護支援事業者
 ※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してください。

居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地	〒	
電 話 番 号			
居宅介護支援事業所番号	サービス開始(変更)年月日		
	年 月 日		

介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等

※変更する場合のみ記入してください。

越谷市長 宛

上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に、介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。

また、介護予防サービス計画作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者が、介護予防支援の提供にあたり被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

年 月 日

住 所

被保険者

電 話 番 号

氏 名

保険者確認欄 被保険者資格 届出の重複

- (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時又は介護予防サービス計画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所等が決まり次第速やかに越谷市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所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所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず越谷市に届け出てください。
届出のない場合は、サービスに係る費用を一時、全額自己負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象となる施設に入所中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

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)届出書

		区 分
被 保 険 者 氏 名		被保険者証の10桁の番号を記入してください。
フリガナ コシガヤ ○ ○		● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●
越 谷 ○ ○		個 人 番 号
		個人番号(マイナンバー)は記入不要です。
		生 年 月 日
		昭和 ●●年 ●●月 ●●日
介護予防サービス計画作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する地域包括支援センター		
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名	介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地	〒○○○-○○○
○○市指定介護予防支援事業所	越谷市○○町○-○-○ 電話番号 ○○○(○○○)○○○○	
介護予防支援事業所 (地域包括支援センター)番号	サービス開始(変更)年月日	
● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	令和 ●●年 ●●月 ●●日	
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居宅介護支援事業者 ※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してください。		
居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地	〒○○○-○○○
○○指定居宅介護支援事業所	越谷市○○町○-○-○ 電話番号 ○○○(○○○)○○○○	
居宅介護支援事業所番号	サービス開始(変更)年月日	
● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	令和 ●●年 ●●月 ●●日	
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等		
※変更する場合のみ記入してください。		
新規の届出のときは、記入不要です。		
越谷市長 宛		
<p>上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に、介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。</p> <p>また、介護予防サービス計画作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者が、介護予防支援の提供にあたり被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。</p> <p>令和 ●●年 ●●月 ●●日</p> <p style="text-align: center;">住 所 越谷市○○町○-○-○</p> <p>被保険者</p> <p style="text-align: right;">電話番号 ○○○(○○○)○○○○</p> <p style="text-align: center;">氏 名 越 谷 ○ ○</p>		
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複	

(注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時又は介護予防サービス計画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所等が決まり次第速やかに越谷市へ提出してください。

2 介護予防サービス計画作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所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所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず越谷市に届け出てください。

届出のない場合は、サービスに係る費用を一時、全額自己負担していただくことがあります。

3 住所地特例の対象となる施設に入所中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。