

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

フリガナ	ハチノヘ タロウ		性	男 <input checked="" type="checkbox"/>	被保険者番号	0	記入例
被保険者氏名	八戸 太郎		別	女 <input type="checkbox"/>	個人番号	* * * * * * * * * * * *	
			生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 10 年 10 月 10 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の名称、所在地、担当者及び電話番号 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の名称、所在地、担当者及び電話番号							
〒	〇〇高齢者支援センター		担当者名	支援 正子			
	介護予防支援事業者(地域包括支援センター)番号		電話番号	0178 (〇〇) 〇〇〇〇			
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の名称、所在地及び電話番号 ※居宅介護支援事業所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。							
〒031-1234							
八戸市内丸7丁目〇〇-〇							
△△居宅介護支援事業所							
電話番号 0178 (△△) △△△△							
区分	<input checked="" type="checkbox"/>	新規	令和 〇〇 年 〇 月 〇〇 日から				
	<input type="checkbox"/>	変更	令和 年 月 日から				
変更する場合の理由()							
(あて先) 八戸市長							
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について届け出します。							
令和 △△年 △ 月 △△ 日							
被保険者	住所		八戸市内丸3丁目△番		自署して下さい。		
	氏名		八戸 太郎		電話番号 0178 (〇〇) 〇〇××		
保険者確認欄 ※この欄は、記入しないでください。		<input type="checkbox"/> 被保険者証資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複		ハンコは不要です。			
					確認	受理	入力

(注意)

- この届出書は、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事業所等が決まり次第、速やかに八戸市介護保険課へ提出して下さい。
- 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、速やかに八戸市介護保険課へ提出して下さい。
届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 住所地特例の対象となる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下さい。