

## 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

## 記入例

フリガナ	ハチノヘ タロウ	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
被保険者氏名	八戸 太郎	個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	〇〇	年	〇	月	〇	日		
介護予防サービス計画の作成を依頼(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													
事業所(センター)名	〇〇地区高齢者支援センター〇〇〇	担当者名	支援 正子										
所在地〒	031-8686 八戸市内丸△丁目〇-〇	電話番号	0178 (〇〇)〇〇〇〇										
介護予防支援事業者(地域包括支援センター)番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
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。													
事業所名	△△居宅介護支援支援事業所												
所在地〒	031-1234 八戸市内丸口丁目〇〇-〇	電話番号	0178(△△)△△△△										
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規	令和	〇	年	〇	月	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( )											
<input type="checkbox"/> 終了	令和	年	月	日									
(あて先) 八戸市長													
上記の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することを届け出します。													
また、上記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事業者に必要な範囲で提示することに同意します。													
令和 〇 年 〇 月 〇 日													
住 所 八戸市内丸3丁目△番×号													
被保険者													
氏 名 八戸 太郎 ※押印不要です 電話番号 0178 (〇〇)〇〇××													

受理	入力	確認

## (注意)

- この届出書は、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ください。
- 介護予防サービス計画の作成、も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ください。
- 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。