

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 | |
| | | 大・昭 | 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 | | 介護予防支援事業所の所在地 〒 | |
| | | | |
| | | 電 話 番 号 | |
| 介護予防支援事業所番号 | | サービス開始（変更）年月日 | |
| | | 年 | 月 日 |
| 介護予防支援事業所等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。 | | | |

以下は、居宅介護支援事業者が地域包括支援センターから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。

| | | | |
|----------------------|--|-----------------|-----|
| 介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者 | | | |
| 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 |
| 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。 | | | |

| | |
|---|---|
| 那珂市長 様 | |
| 上記の介護予防支援事業者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。 | |
| 年 | 月 日 |
| 〒 | |
| 住 所 | |
| 被保険者 氏 名 | 電 話 番 号 () |
| 保険者確認欄 | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号 |

- (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、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事業所が決まり次第速やかに那珂市介護長寿課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上、必ず那珂市へ届け出てください。届出のない場合、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。