

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 フリカナ イヅカ タロウ 飯塚 太郎		被 保 険 者 番 号 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	
生 年 月 日 明・大 昭 ○ 年 ○ 月 ○ 日	性 別 男・女	個 人 番 号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0	
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			
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名 〇〇地域包括支援センター		介護予防支援事業所の所在地 〒 820-XXXX 地域包括支援センターの所在地 飯塚市△×毒×号	
事業所番号 4 0 × × × × × × × × × ×		電話番号 0948-22-XXXX	
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。			
事業者の事業所名 〇〇ケアプランセンター		事業所の所在地 〒 820-XXXX 飯塚市△△××毒××号	
事業所番号 4 0 × × × × × × × × × ×		電話番号 0948-22-〇〇××	
事業所を変更する場合の事由等 ※事業所を変更する場合のみ記入してください			
変更年月日 (年 月 日付)			
仮契約サービス利用開始日 (暫定プランを利用する場合のみ)		年 月 日	
サービス利用開始日		令和 4 年 4 月 1 日	
(あて先) 飯塚市長 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出します。 令和 4 年 4 月 1 日 住所 飯塚市新立岩〇番〇号 被保険者 氏名 飯塚 太郎 電話番号 0948-22-55××			

A

A 区分について
介護予防支援事業所が初めて受け持った時は「新規」となります。被保険者の住所変更により、介護予防介護支援事業所が変更になった場合は「変更」です。

B

B 被保険者、事業者について
介護保険被保険者証を確認しながら正確に記入してください。
個人番号は分かれば記入してください。
事業者番号は間違いのないよう記入してください。

C

C 日付の記入について
「新規」でサービスを使う場合は「サービス利用開始日」に記入してください。
暫定プランを使う場合は「仮契約サービス利用開始日」に記入してください。
被保険者の住所変更により介護予防介護支援事業所が変更になる場合は「事業所を変更する場合の事由等」の欄に記入してください。

(注意) 1 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が決まり次第速やかに下記へ提出してください。
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、必ず下記へ届け出してください。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。