記入例(新規の場合)

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		被保険者のマイナンバーを記入										
フリガナ ナゴ チョウジュ	0	1	2	3	4	5	6	0	0			
名護 長寿	個人番号											
	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
	生年月日								性別			
昭和 △年 △月 △日								男・女				
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								
地域包括支援センター〇〇				〒〇〇〇-〇〇〇〇 名護市〇〇〇〇番地 電話番号 〇〇〇〇(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 (居宅介護支援事業所が受託する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が受け持つ場合のみ記入する												
居宅介護支援事業所〇〇				居宅介護支援事業所の所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇 名護市〇〇〇〇番地 電話番号 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇								
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。 変更年月日 (年 月 日)												
名護市長 殿 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します。 令和 〇年 〇月 〇日 住所 名護市〇〇〇〇番地 電話番号 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇 被保険者氏名 名護 長寿 印 認印可												
保険者確認欄		☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防支援事業者の事業所番号		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0								

- 注1 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名護市に提出してください。
- 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(地域包括支援センター)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上、必ず名護市に届け出てください。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。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口に出してください。

記入例(変更の場合)

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 ナゴ チョウジュ		0 1 2 3 4 5 6 0 0	
名護 長寿		個人番号	
		9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8	
		生年月日 性別	
昭和 △年 △月 △日		男 ・ 女	
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		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	
地域包括支援センター〇〇		〒〇〇〇-〇〇〇〇 名護市〇〇〇〇番地 電話番号 〇〇〇〇(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 (居宅介護支援事業所が受け持つ場合のみ記入する。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〇〇		居宅介護支援事業所の所在地	
居宅介護支援事業所〇〇		〒〇〇〇-〇〇〇〇 名護市〇〇〇〇番地 電話番号 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇	
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。 要介護度区分の変更に伴い、事業所変更となる。			
変更年月日 (令和 〇年 〇月 〇日)			
名護市長 殿 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け出します。			
令和 〇年 〇月 〇日		電話番号 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇	
住所 名護市〇〇〇〇番地		印 認印可	
被保険者氏名 名護 長寿			
保険者確認欄		☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防支援事業者の事業所番号	
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	

注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等が決まり次第速やかに名護市に提出してください。

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(地域包括支援センター)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上、必ず名護市に届け出てください。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。

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