

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、サービス提供(変更)届出書

☆注意点☆

・申請書下の署名欄は被保険者による自署です(代筆可)
・個人番号は窓口にて確認する場合があります

区分

規 変更

番号

5 6 0 0

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

被保険者氏名

フリガナ ナゴ チョウジュ

名護 長寿

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) 事業所の所在地 〒○○○-○○○

地域包括支援センター○○

名護市○○○○番地

介護予防支援事業者事業所番号

4 7 0 0 9 0 0 0

電話番号 ○○○(○○)○○○

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。

居宅介護支援事業所名 事業所の所在地 〒○○○-○○○

居宅介護支援事業所○○

名護市○○○○番地

居宅介護支援事業者事業所番号

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

電話番号 ○○○(○○)○○○

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 日付)

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 ○年 ○月 ○日

電話番号

住所 名護市○○○○番地

○○○(○○)○○○

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事業所番号

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介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

令和 ○年 ○月 ○日 氏名 名護 長寿 ※被保険者本人による自署(代筆可)

(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名護市に提出してください。
- 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(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。
- 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。

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(地域包括支援センター)届出書

☆注意点☆

・申請書下の署名欄は被保険者による自署
です(代筆可)
・個人番号は窓口にて確認する場合があります

被保険者氏名		フリガナ ナゴ チョウジュ		名護 長寿		9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8		区 分		規 則		番 号		5 6 0 0		号					
				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										事業所の所在地		〒〇〇〇-〇〇〇〇									
地域包括支援センター〇〇										名護市〇〇〇〇番地											
介護予防支援事業者事業所番号										電話番号		〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇									
4 7 0 0 9 0 0 0																					
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。										事業所の所在地		〒〇〇〇-〇〇〇〇									
居宅介護支援事業所〇〇										名護市〇〇〇〇番地											
居宅介護支援事業者事業所番号										電話番号		〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇									
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0																					
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 〇日付)									
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。										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											
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															

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介護予防支援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 氏名 名護 長寿 ※被保険者本人による自署(代筆可)

(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名護市に提出してください。
- 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(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。
- 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。