

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	5	3	2	0	0					
フリガナ	個人番号										
		生 年 月 日			明・大・昭		年		月		日
		性 別			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所 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			〒891-8201					
伊仙町地域包括支援センター			大島郡伊仙町伊仙1842番地			電話番号 81-7878					
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			居宅介護支援事業所の所在地								
			〒								
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)											
伊 仙 町 長 様											
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の依頼することを届出します。											
年 月 日											
住所											
被保険者			氏名			電話番号					
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者証資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号									
		4 6 0 9 3 0 0 0 1 9									

居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する居宅介護支援事業者が居宅介護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居宅介護支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

_____ 年 月 日 氏名 _____

(注意) 1 この届出は、要支援認定の申請時に、若しくは介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに伊仙町へ提出して下さい。

2 介護予防サービス計画の作成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者を変更する時は、変更年月日を記入の上、必ず伊仙町へ届け出て下さい。届け出のない場合、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。