

別記第 6 号様式(第 20 条関係)

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

年 月 日

串本町長 あて

住所
(届出者) 氏名 印
続柄
電話番号 ()

次のとおり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(変更)することを、届け出ます。

被保険者氏名	被保険者番号												
ふりがな	個人番号												
	生年月日	明・大・昭 年 月 日									性別		
被保険者住所	電話番号 ()												

○介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センター

○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者

	事業所番号												
事業所の名称													
事業所所在地													

○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

	事業所番号												
事業所の名称													
事業所所在地													

○事業所等を変更する場合の理由等

変更年月日

変更の理由等	※介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを変更する場合 <input type="checkbox"/> 介護予防支援へ変更 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメントへ変更												
--------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※注意

- 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、町に被保険者証を添えて速やかに提出してください。
- 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者を変更するときは、変更年月日・変更理由等を必ず記入してください。届出がない場合は、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所中の場合は、その施設の住所地の市町村窓口へ提出してください。