

介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書

- 地域包括支援センター
 介護予防小規模多機能型居宅介護支援事業所

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | 区 分 | |
| | | 新規・変更 | |
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | |
| フリガナ | | | |
| | | 個人番号 | |
| | | 生 年 月 日 | |
| | | 性 別 | |
| | | 明・大・昭 年 月 日 | |
| 介護予防サービス計画作成依頼(変更)する介護予防支援事業者 | | | |
| 介護予防支援事業所名 | | 介護予防支援事業所の所在地 | |
| | | 〒 | |
| | | 電話番号 () | |
| 事業者を変更する場合 | | (理由等)※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) | |
| (介護予防)小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無 | | ※(介護予防)小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス(居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。)及び地域密着型サービス(夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護(短期利用型)に限る。)の利用の有無を記入してください。 | |
| <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり (利用したサービス:) | | | |
| <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし | | | |
| 鹿 沼 市 長 宛 上記の事業者介護予防サービス計画作成依頼することを届出します。 | | | |
| 令和 年 月 日 | | | |
| 住所 | | | |
| 被保険者 | | 電話番号 () | |
| 氏 名 | | | |
| 介護予防サービス計画作成依頼(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 | | | |

- (注意) 1. この届出書は、要介護認定の申請後、介護予防サービス計画作成依頼する事業者との契約が済み次第、速やかに鹿沼市介護保険課に提出してください。
 2. 介護予防サービス計画作成依頼する事業者を変更するときは、理由及び変更年月日を記入の上、必ず鹿沼市介護保険課に提出してください。提出のない場合、サービスに係る費用を一時的に全額自己負担していただくことがあります。

| | |
|--------|--|
| 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"/> 介護予防支援事業所等事業所番号 |
| | |

介護予防支援業務委託事業所名 ()
 (契約代行業業所)