

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

		現在の介護度				区 分	
		要支援1・2		事業対象者1・2		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	
				大・昭 年 月 日			
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			〒	
コード番号			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所 ※居宅介護支援事業所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下さい							
居宅介護支援事業所名			居宅介護支援事業所の所在地			〒	
			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。							
大和高田市長 様 上記の介護予防支援事業所（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 住 所 被保険者 電話番号 () 氏 名							
プラン適用日又は変更日				年 月 日			
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"/> 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号 個人番号記載 なし あり →代理人（ア、イ、ウ確認要） 本人→（イ、ウ確認要） （ア）代理権確認（戸籍謄本その他資格を証明する書類・委任状・被保険者の介護保険被保険者証） （イ）申請者の身元確認（運転免許証・介護支援専門員証・写真なし公的書類の場合2種） （ウ）本人の番号確認（個人番号カード・番号が記載された住民票写し・システム確認了承） 確認者					

- (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速やかに大和高田市へ提出してください。
 - 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を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、大和高田市へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
 - 住所地特例の対象となる施設に入居の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出し、施設所在市町村は控えを大和高田市に提出してください。
 - サービス利用開始日はプラン適用日としてください。
 - 個人番号の記載がなくても、届出書は通常どおり受理します。