

居宅(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												
フリガナ																	
					個 人 番 号												
					生 年 月 日												
					明・大・昭		年		月		日						
介護予防サービス計画作成を依頼(変更)する事業者 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 (地域包括支援センター)名					介護予防支援事業所 (地域包括支援センター)の所在地					〒							
事業所番号					電話番号 ()												
居宅サービス計画作成を依頼(変更)する事業者 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(受託する場合のみ)																	
居宅介護支援事業所名					居宅介護支援事業所の所在地					〒							
事業所番号					電話番号 ()												
事業所を変更する場合の理由等(変更する場合のみ)																	
変更年月日																	
変更前の事業所名() (令和 年 月 日付)																	
湯沢町長 様 <input type="checkbox"/> 上記の [介護予防支援事業者(地域包括支援センター)] に居宅(介護予防)サービス計画作成又は 居宅介護支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)することを届け出します。 <input type="checkbox"/> 居宅(介護予防)サービス計画を自己作成することを届け出します。 令和 年 月 日 住所 被保険者 電話番号 () 氏名																	
保険者確認欄					<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複												
居宅(介護予防)サービス計画作成を依頼(変更)する居宅介護(介護予防)支援事業者が居宅介護(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居宅介護(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(要支援)認定の申請時に、若しくは、居宅(介護予防)サービス計画作成を依頼する事業者が決まり次第、速やかに湯沢町役場健康福祉部福祉介護課へ提出してください。
 2 居宅(介護予防)サービス計画作成を依頼する居宅介護(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所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず湯沢町役場健康福祉部福祉介護課に届け出してください。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。