

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	0 0 0 0		
	個人番号		
	生 年 月 日		性 別
	明・大・昭 年 月 日		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名 地域包括支援センター名	所在地 〒		
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下さい。			
居宅介護支援事業所名	所在地 〒		
電話番号 ()			
介護予防支援事業所も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。			
変更年月日 (平成 年 月 日付)			
南 知 多 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。 申請日 平成 年 月 日 適用年月日 平成 年 月 日 から 住所 愛知県知多郡南知多町大字 被保険者 氏名 印 電話番号 ()			
届出に来られた方	※上記被保険者(本人)の場合は記入する必要はありません		
住所	電話番号		
氏名	被保険者との関係 続柄()・事業者・その他()		
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"/> 介護予防支援事業者事業所(地域包括支援センター)番号		

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画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南知多町保健介護課へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成もしくは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又は
介護予防支援も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所を変更するときは、
変更年月日を記入のうえ、必ず南知多町保健介護課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。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

受付・入力	証記載・交付	確 認
/	/	/