|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | サービス開始（変更）年月日 | | | | | | | | | | | | | | | 区 分 | | | | | | | | | | |
| **令和　　　　年　　　　月　　　　日** | | | | | | | | | | | | | | | **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 | | |  | | | | | 年 | | | | |  | | | | | 月 | |  | | | | 日 | |
| 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）する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名  （事業所番号） | | | | 2 | | | 3 | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | 事業所の所在地 | | | | | 〒 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当ケアマネジャー氏名 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | 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者　※受託する場合のみ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名  （事業所番号） | | | | | 2 | | | 3 | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | 事業所の所在地 | | | | | 〒 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当ケアマネジャー氏名 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所を変更する場合の理由等　　※事業所を変更する場合のみ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護等の利用開始月における居宅サービス等の利用有無 | | | | | | ※介護予防小規模多機能型居宅介護の利用前の介護予防サービス（介護予防居宅療養管理指導及び介護予防特定入所者生活介護を除く。）及び地域密着型介護予防サービス（介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用型）に限る。）及び総合事業（介護予防訪問（通所）サービス）の利用の有無を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 居宅サービス等の利用あり （ 利用したサービス：　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） * 居宅サービス等の利用なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 南 知 多 町 長 様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の事業者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ます。  また、上記の事業者が、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ときは、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事業者に必要な範囲で提示することに同意します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| 申請日 | | 令和　　　　　年　　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | | 住　所 南知多町大字 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 届出に来られた方 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ※保険者入力欄 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受付・入力 | | | | | | | 証記載 | | | | | | 確　　認 | | | |
| * 介護予防支援事業者 * その他　（　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | 未 ・ 済  申請中 | | | | | |  | | | |
| （注意）  １ この届出書は、要支援認定の申請時に、又は介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所等が決まり次第、速やかに南知多町へ提出してください。  ２ 介護予防サービス計画の作成等を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず南知多町に届け出てください。 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受　付　印 | | | | | | | | | | | | | | | | |