介護予防支援・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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 介護予防支援又は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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地域包括支援センター名 | | |  | 地域包括支援センターの所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 電話番号　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | | |  |  | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 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ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | | |  |  | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 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  （　　　　　　年　　　月　　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 東海村長　　　　　　様  　　上記のとおり届け出します。  　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 住所  氏名 | | | | | | | | | | 電話番号　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | * 被保険者資格　　□　届出の重複　　□　事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントの作成にあたり，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・意見及び主事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。

　　　　年　　　月　　　日　　　氏名

（注意）１　この届出書は，介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第速やかに，被保険者証を添えて東海村へ提出してください。

２　介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを依頼する居宅介護支援事業所を変更するときは，変

更年月日を記入の上，必ず東海村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。