

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・終了							
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号									
フリガナ					○	○	○	○	○					
					個 人 番 号									
生 年 月 日		大正・昭和		年	月	日	性 別		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				波佐見町地域包括支援センター										
介護予防支援事業所の所在地				〒859-3791 波佐見町宿郷660番地 電話番号 85-2976										
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 (※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										
〈※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・終了する場合の事由等〉														
新規・変更・終了年月日				令和 年 月 日										
波 佐 見 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。 令和 年 月 日 住 所 波佐見町 郷 番地 被保険者 氏 名 印 電話番号														
保 険 者 確 認 欄				☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 居宅介護支援事業者事業所(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ったときは、区分の「新規」に○をつけ、速やかに波佐見町へ提出してください。

2 介護予防サービス計画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(地域包括支援センター)又は介護予防支援若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、区分の「変更」に○をつけ、波佐見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。

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。