

介護予防サービス計画等作成・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	
被保険者番号						個人番号								
フリガナ				生年月日				性別						
被保険者氏名				年 月 日				男・女						
介護予防サービス計画等又は介護予防ケアマネジメントの作成(変更)の適用開始日														
年 月 日														
介護予防サービス計画等の作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者, 介護予防小規模多機能型居宅介護事業者 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														
事業者の事業所名又はセンター名						事業所又はセンターの所在地								
						〒 電話番号 ()								
事業所番号														
介護予防支援等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受託する場合のみ記入して下さい。														
事業者の事業所名						事業所の所在地								
						〒 電話番号 ()								
事業所番号														
介護予防支援事業所等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する場合の理由等 ※変更する場合のみ記入してください。														
ひたちなか市長 大谷 明 殿 上記のとおり届出します。 年 月 日 被保険者住所 被保険者氏名 電話番号 ()														
保 険 者 確 認 欄		※認定(申請中・認定済)			※被保険者証回収(済・未)			※受付者()						
※欄は受付者記載		□被保険者資格			□届出の重複			入力日()		発送日()				

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画等の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ひたちなか市介護保険課へ提出してください。また、依頼する事業所等を変更する
場合も速やかに下記へ提出してください。(住所地特例の対象施設に入居中の場合は、「4」のとおり。)
- 2 この届出書には、被保険者証を添えて提出してください。
- 3 これらの届出のない場合、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。
- 4 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。