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 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防サービス計画の作成を依頼（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）  津南町地域包括支援センター | | | | | | | | | | （介護予防支援事業所の所在地）  （地域包括支援センターの所在地）  〒９４９-８２９２  津南町大字下船渡戊５８５番地  　　　　　　　　電話番号　０２５　(７６５)　５４５５ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  （令和　　　　年　　　月　　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 津南町長　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します。  　　令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 住所　津南町大字  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | 集落名：（　　　　　　　　　）  電話番号　 　 (　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | * 被保険者資格　□　届出の重複 * 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **1** | **5** | **0** | **5** | **9** | **0** | | | **0** | **0** | | **1** | | | **7** | | | | 事業対象　・　要支援　１　２ | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者（地域包括支援センター）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、主治医意見書及び本届出書を該当介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に必要な範囲で提示することに同意します。  令和　　　年　　　月　　　日　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注意）１　この届出書は、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事業所等が決まり次第速やかに津南町へ提出してください。

２　介護予防サービス計画の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、変更年月日を記入のうえ、必ず津南町へ届け出てください。

届出がない場合、サービスにかかる費用を一旦、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所中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

**※　届出の理由、どのようなサービスを使いたいなどの希望がありましたらご記入ください。**