

介護予防サービス計画書作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

(松阪市提出用)	申請区分				対象区分			
	新規 ・ 変更				要支援 ・ 事業対象者			
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		
明・大・昭				年 月 日				
介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成を依頼（変更）する介護予防支援事業所								
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名		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		〒				
				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 (※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 ()				
居宅介護支援事業者番号								
新規 ・ 変更 開始年月日				年 月 日				
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事由等 ※変更する場合のみ記入								
(宛先) 松阪市長 上記の松阪市地域包括支援センター（介護予防支援事業所）に介護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。 年 月 日 住所 松阪市 被保険者 氏名 電話番号 () 代筆者 被保険者との関係 ※被保険者が自署できない場合はご記入ください。								
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 届け出の重複 <input type="checkbox"/> 個人番号（本・代・職権）		介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号				
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・意見及び主治医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 代筆者 ※被保険者が自署できない場合はご記入ください。								

- (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が決まり次第、速やかに松阪市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予防支援事業所を変更するときには変更年月日を記入のうえ、必ず松阪市へ提出してください。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に提出してください。