様式第１号（第10条関係）

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 | | |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | | □ | 介護予防ｻｰﾋﾞｽ計画作成届出書 | | | |
| □ | 介護予防ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ依頼届出書 | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | 生年月日 | | | 明治  大正　　年　　月　　日  昭和 | | | | 性 別 | 男・女 |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 〒 | | 事業者番号 | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在地  事業所名 | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 〒 | | 事業者番号 | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在地  事業所名 | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | |
| 開始（変更）  年月日 | 年　　　月　　　日 | | ※上記の事業所等から介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受け始める日 | | | | | | | | | | | |
| 只見町長　宛  　　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ます。  　　　　　　年　　月　　日  被保険者　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　㊞　　（本人自署の場合は押印不要です。） | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記について被保険者の委任に基づいて届出をする場合の届出人 | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出人の  住所・氏名 | ※届出人が本人以外の場合に記入してください。  住　所  氏　名 | | | | | | 電話番号 | | | | | | | |
| 被保険者との関係　　家族・事業者・その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |

* 開始の場合…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者等が決まり次第速やかに、開始年月日を記入のうえ、只見町へ提出してください。
* 変更の場合…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者等を変更するとき、および事業者の事業所番号が変更になったときは、変更年月日を記入のうえ、只見町へ提出してください。届出のない場合、サービスにかかる費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
* 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市区町村の窓口へ提出してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 只見町確認欄 | □ 被保険者証資格  □ 届出の重複 | 届出書受付日 | 年　　月　　日 |
| システム登録日 | 年　　月　　日 |