

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

										区 分						
										新規・変更						
フリガナ					被 保 険 者 番 号											
					0	0	0	0								
被保険者氏名					個 人 番 号											
					生 年 月 日											
					大正・昭和		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			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 ( )											
介護予防支援事業所番号					サービス開始(変更)年月日											
					令和		年		月		日					
介護予防支援事業所等を変更する場合の理由等																
※変更する場合のみ記入																
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																
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 ( )										
事業所番号					サービス開始(変更)年月日											
					令和		年		月		日					
居宅介護支援事業者所を変更する場合の理由等																
※変更する場合のみ記入																
(宛先)富士見市長																
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。																
令和					年		月		日							
					〒			住 所								
被保険者					電 話 番 号 ( )											
氏 名																

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(変更)する介護予防支援事業者又は地域包括支援センター(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所を含む。以下同じ。)が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、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又は地域包括支援センターに必要な範囲で提供することに同意します。

年 月 日 氏名

- 注意事項
- 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、速やかに富士見市に提出してください。
  - 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若しくは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上、必ず富士見市に届け出てください。届出がない場合、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。
  - 住所地特例対象施設に入居中の場合は、その施設の所在する市町村の窓口に提出してください。

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者の事業所(地域包括支援センター)番号
--------	---