

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								
介護から予防に変更になった場合や受託事業者が変更になった場合などは変更には○を付けてください。										険者番号									
フリガナ キリタツ ハナコ										0	0	0	0	0	9	9	9	9	9
木更津 花子										個人番号									
										9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
										生年月日								〇〇月 〇〇日	
介護予防サービス 介護予防ケアマネジメント（変更）する地域包括支援センター										事業所番号を忘れずに記入してください。									
介護予防支援事業所名・事業所番号 地域包括支援センター名・事業所番号					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					〒292-〇〇〇〇									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	9										
木更津市△△地域包括支援センター					木更津市××					〇-△-□ (××) 〇〇〇〇									
※居宅介護支援事業所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。										事業所番号を忘れずに記入してください。									
居宅介護支援事業所名・事業所番号					居宅介護支援事業所の所在地					〒292-〇〇〇〇									
1	2	3	4	5	6	7													
〇〇居宅介護支援事業所					サービス開始日や事業所契約日、変更の場合はサービス変更日や事業所変更日を記入してください。														
サービス開始（変更）年月日					令和 〇〇年 ××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場合の理由等																			
※変更する場合のみ記入してください。 介護度が要介護から要支援に変更になったため。																			
木更津市長 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 〇〇年 ××月 △△日 住 所 木更津市潮見〇〇 被保険者 氏 名 木更津 花子 電話番号 ×××× (△△) 〇〇〇〇																			
介護保険課に届出を提出した日を記入します。																			
被保険者の同意が必ず必要です。実際に同意を得た日を記入します。																			
ケアマネジメントを依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防支援事業者がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会に提出した内容に基づき、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。 令和 〇〇年 ××月 △△日 氏名 木更津 花子																			

- (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者等が決まり次第速やかに木更津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、必ず木更津市へ届け出てください。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村の窓口へ提出してください。

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事業所（地域包括支援センター）番号	