

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	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更	
被 保 険 者	被保険者番号				個人番号		
	フリガナ				介護度等	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 事業対象者
	氏 名				生年月日	明・大・昭	年 月 日
<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画作成を依頼 (変更) する介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 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 (※いずれかにチェック。変更の場合は変更後の事業者)							
名 称	事業所番号				所在地	〒	
				電話番号			
サービス開始 (予定) 年月日				年 月 日			
介護予防支援また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または介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入)							
名 称	事業所番号				所在地	〒	
				電話番号			
<input type="checkbox"/> 認定区分変更に伴う事業者の変更 (要介護⇒要支援) <input type="checkbox"/> その他 () 変更年月日 (年 月 日付)							
安八郡広域連合長 様 上記の事業者に介護予防サービス計画 (介護予防ケアマネジメント) の作成を依頼することを届出します。また、必要があるときは、安八郡広域連合が保有する認定調査票及び主治医意見書の写しを上記事業者を提供すること及び上記事業者が主治医意見書を記載した医師に認定結果及びケアプランの写しを提供すること、並びにケアプラン (ケアマネジメント結果等記録表) に位置付けられた保険給付対象外サービスを行う事業者がサービス提供上必要とするときは、ケアプランの写し (ケアマネジメント結果等記録表の写し) を提供することに同意します。 年 月 日 被保険者 住所 〒 氏名 電話番号 印							
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"/> 入力済み						

(注意) 1 この届出書は、依頼する事業者が決まり次第、速やかに各町介護保険担当窓口へ介護保険被保険者証を添えて提出して下さい。
 2 依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず各町介護保険担当窓口へ介護保険被保険者証を添えて届出して下さい。届出のない場合、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。

被保険者証 紛失 後日	町処理欄				広域連合処理欄		
	受付者氏名	コピー保存	証発行	システム入力	証返却	保険者確認	情報提供
		/	/	/	/	/	/

身元確認	1点で良いもの (国または地方公共団体の機関が発行した身分証明で写真を貼付されたもの)	2点必要なもの	受付者
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 各種障害手帳 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 各種健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 各種公的年金証書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他	