

[事業対象者]

介護予防ケアマネジメント依頼（変更・中止）届出書

										区 分				
										新規・変更				
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		男・女	
介護予防ケアマネジメントを依頼（変更・中止）する地域包括支援センター														
地域包括支援センター名				地域包括支援センターの所在地										
				〒										
				電話番号 ()										
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 ※居宅介護支援事業所が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 ()										
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。											
			変更年月日 (年 月 日付)											
従前の介護予防サービス計画作成等依頼中止年月日				※ 要支援者から事業対象者となった場合に記入										
				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中止年月日 (年 月 日付)										
<p>一関地区広域行政組合管理者 様</p> <p>上記の地域包括支援センターに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。</p> <p>年 月 日</p> <p>被保険者 住 所</p> <p>氏 名</p> <p>電話番号 ()</p>														
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"/> 地域包括支援センター番号												

- この届出書は、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、速やかに一関地区広域行政組合又は一関市若しくは平泉町へ提出してください。
- 介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センター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変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず一関地区広域行政組合又は一関市若しくは平泉町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。
- 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。