

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

<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画作成届出書	区分
<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント届出書	新規 ・ 変更
<input type="checkbox"/> 事業対象者		
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
		年 月 日
		男 ・ 女
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		
介護予防支援事業所名	介護予防支援事業所の所在地	〒
事業所番号	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	〒
事業所番号	電話番号 ()	
介護予防支援事業所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。		
変更年月日		
(年 月 日)		
宇和島市長 様		
上記の介護予防支援事業者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出します。		
年 月 日		
住 所		
被保険者	氏 名	電話番号
		()
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番号	

(注意)

- 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が決まり次第、速やかに宇和島市へ提出してください。
- 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介護予防支援事業所又は介護予防支援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、必ず宇和島市に届出してください。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。
- 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町村の窓口へ提出してください。