介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書 (介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書)

														쓰	分	
											亲	ff規 ·	変更	Ē.		
被保険者氏名					被保険者番号											
フリガナ							0	0	0	0						
										個人	番号			<u> </u>		
				生年月日				明・	大・	昭		年	J	月	日	
介護	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)																
				護予防支援事業所の所在地 〒												
(地域包括支援センター名) (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(介護予防ケアマネジメント)を受託する介護予防支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援(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	介護ス	支援事	業所	の所	在地	Ŧ						
										ļ						
					電話番号											
事業所(地域気括す																
※事業所(地域包括支援センター)を変更する場合のみ記入してください。																
公争未加 (地域)	変更する場合のみ記入してください。 変更年月日															
									変	史平	月口	_	_	_	_	- / 1\
									(£	F	月	<u> </u>	1付)
鬼北町長 様																
上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に依頼することを届け出ます。																
年		月	E	ł												
住河	听															
被保険者					電話番号											
氏:	名						(ĒD								
			き 者資格			出の										
保険者確認欄		介護予	防支护	爰事業	(者事	業所	(地	域包	括支	援セ	ンタ	<u>—)</u>	番号			

(注意) 1. この届出書は、介護予防サービス計画の作成(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鬼北町へ提出してください。

2. 介護予防サービス計画の作成(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(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には、変更年月日を記入のうえ、必ず鬼北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。

3. 住所地特例の対象施設に入所中の場合は、その施設の住所地の市町の窓口へ提出してください。