

様式第1号(第7条関係)

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	
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・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			
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 〒	
京丹波町地域包括支援センター		京丹波町蒲生蒲生野487-1 電話番号 (82) 0001	
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 〒	
		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 (平成 年 月 日付)			
京丹波町長 様 上記の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(変更)することを届出します。			
年 月 日			
被保険者 住 所		電話番号 ()	
被保険者 氏 名			
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		

- (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所等が決まり次第速やかに京丹波町へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成も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うえ、必ず京丹波町へ届け出てください。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。
- 3 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。