

介護予防ケアマネジメント依頼（新規・変更）届出書

高砂市長 様

下記の指定介護予防支援事業者（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ます。

		届出年月日	年	月	日
被保険者の認定状況	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2				
被保険者のサービスの利用について	<input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス(総合事業)のみ利用 <input type="checkbox"/>				
区 分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更		被保険者番号		
フリガナ			生年月日	大・昭	
被保険者氏名			年	月	日
被保険者住所					
電話番号	- -				
介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する事業者					
届出書提出代行	届出書の提出について (○をつけてください) <input type="checkbox"/> 1 依頼する <input type="checkbox"/> 2 依頼しない				
事業所の所在地	〒676-0021 高砂市高砂町松波町440-35 高砂市ユーアイ福祉交流センター内				
事業所名称	高砂市地域包括支援センター	事業所番号	2	8	0
		電話番号	2	1	0
			0	0	1
			0	1	2
介護予防 ケアマネジメント 受託事業所	* 地域包括支援センターより介護予防ケアマネジメントを受託した場合のみ記入してください。				
介護予防 ケアマネジメント 受託事業所を変更 する場合の事由等	* 受託事業所を変更する場合のみ記入してください。				
			変更年月日		
			(年 月 日)		
高砂市確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 事業所番号		処 理	受 付	被 保 険 者 証
				入 力	
(備考)					
1 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が決まり次第、本市介護保険課に提出してください。 2 介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所（受託事業所を含む）を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず本市介護保険課に提出してください。 提出のない場合、サービスにかかる費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。					