

介護予防サービス計画作成依頼(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または指定介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援
 事業者にて介護予防サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。

届出年月日	年 月 日
-------	-------

区 分	1 新規 2 変更	被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
フリガナ		生年月日	大・昭 年 月 日										
被保険者氏名													
被保険者住所													
電話番号	- -												

介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者

届出書提出代行	市への届出書の提出について (○をつけてください) 1 依頼する 2 依頼しない
---------	--

事業所の所在地 <small>(指定介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者を含む)</small>	〒
---	---

事業所名称 <small>(指定介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者を含む)</small>	事業所番号	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
	電話番号											

介護予防支援 受託事業所	* 地域包括支援センターより介護予防支援を受託した場合のみ記入してください。
-----------------	--

介護予防支援 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。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 変更年月日 (年 月 日) </div>
--------------------------------	--

高砂市確認欄	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センターによる介護予防支援 <input type="checkbox"/> 委託事業者による介護予防支援 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者による介護予防支援	処 理	受 付	被保険者証	入 力	

(備考)

- 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成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 介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所(受託事業所含む)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。