様式第3号(第10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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | |  |  |  | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援事業所の名称 | |  | | | | | | | | | 事業所番号 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | 〒  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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所の名称 | |  | | | | | | | | | 事業所番号 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | 〒  電話番号　　　（　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス計画作成の依頼年月日  （変更届けの場合は変更日） | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所を変更する場合の理由等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身延町長　　様  　上記の介護予防支援事業所(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することを届け出ます。  年　　月　　日  申請者　　住　　所  氏　　名　　　　　　　　　　　　㊞　　（続柄　　　　）  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | □被保険者資格　　　　□届出の重複  □居宅介護支援事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（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身延町へ提出してください。

２　介護予防サービス計画の作成若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（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しく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所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず身延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。