居宅（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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種　　　別 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 区　　分 | | | | | | | | | | | |
| □介護　　□介護予防 　□事業対象 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □新規 □変更 | | | | | | | | | | | |
| 被　保　険　者　氏　名 | | | | | | | | 被　保　険　者　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | **０** | | | **０** | | | **０** | | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | | | |
| 大・昭　　　年　 　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | | | | | |
| 居宅（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）する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | 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　　　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（　　　　　年　　　　月　　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 越前町長　様  　　上記の居宅介護支援事業所・介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に居宅（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します。  　　　　　　　年　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | | | 住所  氏名  電話番号　　　　　　(　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | * 被保険者資格　　□　届出の重複　　□　事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |

（注意）１　この届出書は、居宅（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越前町へ提出してください。

２　居宅（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事業所を

変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず越前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居中の被保険者が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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者記入欄 | 入 力 |  | 受 付 |  |