

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

										区 分			
										新規・変更			
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号								
フリガナ					6	6	3						
					個 人 番 号								
					生 年 月 日								
					明・大・昭 年 月 日								
居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者 または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													
事業所（地域包括支援センター）名					事業所の所在地		〒						
					電話番号（ ）								
事業所番号					サービス開始（変更）年 月 日								
事業所を変更する場合の事由等					※変更する場合のみ記入してください。								
地域包括支援センターから委託を受けて介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントを行う事業者													
事業所番号					事業所の所在地		〒						
					電話番号（ ）								
久米南町長 様 上記の居宅（介護予防）支援事業者または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または介護予防ケアマネジメント（事業対象者）を依頼することを届出します。 令和 年 月 日 住 所 〒 被保険者 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											
居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者が居宅介護支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。 年 月 日 氏名													

- （注意）
- この届出書は、居宅（介護予防）サービス計画の作成または介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所（地域包括支援センター）が決まりしだい、速やかに久米南町へ提出してください。
 - 居宅（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事業所（地域包括支援センター）または介護予防支援もしくは介護予防ケアマネジメントを受託する事業所を変更するときは、新たな事業所名、変更年月日を記入のうえ、必ず久米南町に届出てください。届出のない場合は、サービスにかかる費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
 - 介護予防サービス計画の作成または介護予防ケアマネジメントを依頼する場合であって、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窓口へ提出してください。