

別記様式第5号(第11条関係)

介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成依頼（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			
		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名 地域包括支援センター名		介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地	〒
		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	〒
介護予防支援事業所もしくは地域包括支援センター又は居宅介護支援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)			
厚岸郡浜中町長 様			
上記の介護予防支援事業者（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出します。			
年 月 日			
住 所			
被保険者		電話番号（ ）	
氏 名		印	
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者（地域包括支援センター）事業所番号		

- (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時若しくは、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、速やかに浜中町へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成を依頼する介護予防支援又は介護予防支援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、必ず浜中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。