

別記第2号様式（第11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	
フカナ			
		個人番号	
		生年月日	性別
		明・大・昭 年 月 日	男・女
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）する事業者			
介護予防支援事業所名	事業所の所在地	〒861-22	
益城町（東部圏域・西部圏域） 地域包括支援センター	熊本県上益城郡益城町		
指定予防支援事業所番号			
介護予防支援・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を受託する場合のみ記入）			
居宅介護支援事業所名及び担当介護支援専門員	事業所の所在地	〒	
	電話番号	()	
担当者 ()			
居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等	変更年月日 (年 月 日付)		
介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを変更する場合 変更年月日 (年 月 日付)			
<input type="checkbox"/> 介護予防支援へ変更		<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメントへ変更	
<p>益城町長様</p> <p>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（変更）することを届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>被保険者 電話番号 ()</p> <p>氏 名</p>			
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 入力処理	<input type="checkbox"/> 被保険者証の交付	<input type="checkbox"/> 認定申請中

- (注意) 1 この届出書は、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依頼する事業所が決まり次第、速やかに被保険者証を添えて益城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事業所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、変更理由等を記入し、益城町へ届け出てください。
- 3 この届出書を提出しない場合、または介護予防サービス計画、介護予防ケアマネジメントプランを作成しないでサービスを利用した場合は、サービスに係る費用を全額自己負担していただくこともあります。