

様式第7号その2(第14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 名										被 保 険 者 番 号									
フリガナ																			
										個 人 番 号									
生年月日		年		月		日													
介護予防支援事業者(地域包括支援センター)または介護予防小規模多機能型居宅介護支援事業所																			
事業者番号										事業者の所在地					〒				
事業所名										電話番号 ()									
介護予防サービス計画作成または介護予防ケアマネジメントを担当する事業者 ※上記の地域包括支援センター等が作成する場合は記入不要																			
事業者番号										事業者の所在地					〒				
事業所名										電話番号 ()									
事業所を変更する場合の事由			※事業所を変更する場合のみ記入してください。																
介護予防小規模多機能型居宅介護の 利用開始月における居宅サービス等の利用の有無 ※ 居宅介護支援事業所で給付管理票を作成する サービスの利用について記入してください。										<input type="checkbox"/> 下記サービスの利用あり ・ 居宅サービス(居宅療養管理指導および特定施設入居者生活介護を除く。) ・ 認知症対応型通所介護 ・ 夜間対応型訪問介護 ・ 地域密着型通所介護 ・ 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> サービスの利用なし									
適用年月日 <small>(いつからサービス計画作成またはケアマネジメントを依頼するのか記載)</small>										年 月 日から適用する。									
(あて先) 米原市長 様 上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)または介護予防小規模多機能型居宅介護事業所に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ことを届出します。 年 月 日 住所 被保険者 電話番号 () 氏名																			

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が介護予防支援の提供にあたり、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・意見および主治医意見書を当該介護予防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) 1 この届出書は、居宅サービス計画の作成を依頼する事業者が決まり次第サービス開始前にすみやかに提出してください。
- 2 居宅サービス計画の作成を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず届出をしてください。届出のない場合いったんサービスに係る費用の全額を自己負担していただく場合があります。