

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					0 0 0 0 0						
					個 人 番 号						
					生 年 月 日						
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			
介護予防支援事業所(地域包括支援センター)番号				サービス開始(変更)年月日							
				令和 年 月 日							
介護予防支援事業所又は地域包括支援センター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。											
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下さい。											
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			
事業所番号											
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。											
日 南 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け出します。 令和 年 月 日 住 所 被保険者 電話番号 氏 名											
確認欄		☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防支援事業者事業所(地域包括支援センター)番号									

- (注意)
- この届出書は、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作成する事業所等が決まり次第速やかに日南町に提出してください。
 - 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受託する介護予防支援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年月日を記入のうえ、必ず日南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。
 - 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の窓口提出してください。

届出書提出先(お問い合わせ先)

日南町福祉保健課(日南町健康福祉センター ほぼえみの里)
〒689-5211 日野郡日南町生山511番地5

電話 0859-82-0374