

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

被保険者番号										区 分
個人番号										新規・変更
被 保 険 者 氏 名					生 年 月 日					性 別
フリガナ					明・大・昭					
					年 月 日					
介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者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又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の名称・所在地・事業所番号										
事業所の名称										電 話
事業所の所在地		〒								
事業所番号										
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事業所の名称・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場合のみ記入)										
事業所の名称										電 話
事業所の所在地		〒								
事業所番号										
事業所を変更する場合の事由等		※事業所を変更する場合のみ記入して下さい。								
変更事由等:										
変更年月日: (年 月 日付)										
サービス開始年月日				年 月 日~						
八 丈 町 長 殿										
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										
被保険者住所				電話番号			()			
氏名										

<input type="checkbox"/>	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)する介護予防支援事業者が介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの提供にあたり、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・意見及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。
<input type="checkbox"/>	当該事業所にこの届出の提出を委任します。
年 月 日 氏名 ()	

(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依頼する事業所等が決まり次第、速やかに八丈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依頼する介護予防支援事業所(地域包括支援センター)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、必ず八丈町に届け出てください。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。