

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）

届出書兼要支援認定の資料提供にかかる同意書

区 分
新規・変更

被 保 険 者 氏 名				被 保 険 者 番 号			
フガナ							
				生 年 月 日		性 別	
				明・大・昭			
				年 月 日			
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（変更）する 介護予防支援事業所(地域包括支援センター)							
介護予防支援事業所(地域包括支援センター)名				事業所の所在地		〒	
						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							
居宅介護支援事業所名				事業所の所在地		〒	
						電話番号 ()	
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）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							
				変更年月日		(年 月 日)	
八王子市長 殿 ① 私は、上記の介護予防支援事業所（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画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。 ② 私は、介護予防サービス計画作成のために必要があるときは、要支援認定にかかる調査内容、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八王子市から担当介護予防支援事業所（地域包括支援センター）に提供することに同意します。 <input type="checkbox"/> 資料提供に同意しない（同意しない場合はチェック） ③ 私は、当該届出提出時に、新たな被保険者証が発行される場合、下記担当ケアマネジャーが代理に被保険者証を受領することを同意します。 <input type="checkbox"/> 被保険者証の代理受領に同意しない（同意しない場合はチェック） 年 月 日 住 所 _____ 被保険者 氏 名 _____ 電話番号 () _____							
保険者確認欄		介護予防支援事業者事業所番号					

※介護予防支援事業所記載欄（必須）

サービス利用開始年月日	担当者氏名
年 月 日	

※事務処理欄（市記載欄）

被保険者証の添付 有・無	<input type="checkbox"/> 被保険者証の後日発行
<input type="checkbox"/> 被保険者証の発行	<input type="checkbox"/> 入力
<input type="checkbox"/> 被保険者証受領者本人確認	<input type="checkbox"/> 郵送

- (注意) 1 この届出をする前には、必ず、お住まいの地域を担当する介護予防支援事業所(地域包括支援センター)に介護予防サービス計画(ケアプラン)の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼してください。
- 2 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介護予防支援事業所(地域包括支援センター)に依頼した場合の費用については、自己負担はありません。なお、本人が作成する場合、この届出は必要ありません。直接、介護予防サービス計画を提出してください。