

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					生 年 月 日					
					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										
介護予防支援事業所名					事業所の所在地 〒					
					電話番号 ()					
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)										
<p>八王子市長 殿</p> <p>私は、上記の介護予防支援事業所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。</p> <p>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。 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）</p> <p>私は、不測の事態により、上記の介護予防支援事業所が対応できなくなった場合、代替りの介護予防支援事業所に対し、介護予防サービス計画の内容や利用しているサービスの情報を開示することに同意します。 情報開示に同意しない（同意しない場合はチェック）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">被保険者 氏 名 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 () _____</p>										

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	被保険者証の後日発行
被保険者証の発行	入力
被保険者証受領者本人確認	郵送
確認	確認

- (注意) 1 この届出をする前には、必ず、介護予防支援事業所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。