

居宅・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													
				個 人 番 号									
				生 年 月 日			性 別						
明・大・昭			年	月	日	男・女							
計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する事業者													
事業所名及び事業者番号				事業所の所在地 〒									
				電話番号 ()									
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。									
				変更年月日 (令和 年 月 日付)									
高野町長 様													
上記の <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>居宅介護支援事業者</td> </tr> <tr> <td>介護予防支援事業者</td> </tr> <tr> <td>(地域包括支援センター)</td> </tr> </table> に <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>居宅サービス計画の作成</td> </tr> <tr> <td>介護予防サービス計画の作成</td> </tr> <tr> <td>介護予防ケアマネジメント</td> </tr> </table> を依頼することを届出します。								居宅介護支援事業者	介護予防支援事業者	(地域包括支援センター)	居宅サービス計画の作成	介護予防サービス計画の作成	介護予防ケアマネジメント
居宅介護支援事業者													
介護予防支援事業者													
(地域包括支援センター)													
居宅サービス計画の作成													
介護予防サービス計画の作成													
介護予防ケアマネジメント													
令和 年 月 日													
被保険者 住 所													
氏 名													
電話番号 ()													
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> その他											

居宅・介護予防サービス計画の作成を依頼する事業者が介護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・意見及び主治医意見書を当該居宅介護支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

令和 年 月 日
氏 名

(注意)

- この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅・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が決まり次第速やかに高野町へ提出してください。
- 居宅・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を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず高野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、全額自己負担していただくことがあります。