

□介護予防サービス計画作成 依頼（変更）届出書
□介護予防ケアマネジメント

※上記のいずれかにチェックしてください

大曲仙北広域市町村圏組合 管理者 様

次のとおり届出します。

		届出区分	新規 ・ 変更	
		届出年月日	年 月 日	
被 保 険 者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏 名	個人番号		
		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
住 所	性 別	男 ・ 女		
開始(変更)年月日		年 月 日		
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。）				
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する事業者（所） 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				
介護予防支援事業者（所）名・地域包括支援センター名		所在地	〒 -	
事業所番号		電話	()	
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（所） ※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。				
居宅介護支援事業者（所）名		所在地	〒 -	
事業所番号		電話	()	

（注 意）

- 1 この届出書は、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事業所等が決まり次第速やかに地域包括支援センターへ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画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、必ず地域包括支援センターへ届け出てください。
- 届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象となる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へ提出してください。

項 目	地域包括支援センター処理欄	介護保険事務所処理欄
被保険者証回収	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 紛失等により未回収 <input type="checkbox"/> 未回収（後日送付） <input type="checkbox"/> 申請中	/
介護保険システム入力	<input type="checkbox"/> 入力	<input type="checkbox"/> 入力（確認）済
被保険者証発行	<input type="checkbox"/> 発行済 <input type="checkbox"/> 未発行 <input type="checkbox"/> 申請中未発行	<input type="checkbox"/> 発行済 <input type="checkbox"/> 申請中未発行 <input type="checkbox"/> 確認済
資格者証発行	<input type="checkbox"/> 発行済 <input type="checkbox"/> 未発行	<input type="checkbox"/> 発行（確認）済
受付印		