

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

該当する方に○をつけてください。

ケアマネジメント	区分
A・C	新規・変更

状態区分	なし・事業対象者・要支援（ ）・要介護（ ） → 事業対象者・要支援（ ）											
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									
年 月 日			男・女									
保険者市町村						保険者番号						
市・町・村												
依頼（変更）する事業者	介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 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											
	事業所名					事業所番号 ※必ずご記入ください						
	所在地 〒						電話番号（ ）					
受託する事業者	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して下さい。											
	事業所名					事業所番号 ※必ずご記入ください						
	所在地 〒						電話番号（ ）					
変更	介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する理由等 ※変更する場合のみ記入して下さい。											
適用年月日	年			月			日付					
(届出先) 茨木市長 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け出します。 年 月 日 住所 電話番号（ ） 被保険者 氏名												
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"/> 事業所番号											
	<input type="checkbox"/> 被保険者証の提出（介護予防ケアマネジメントのみ）											

- (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者等が決まり次第速やかに茨木市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（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、変更年月日を適用年月日欄に記入のうえ、必ず茨木市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、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象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。