

別記様式第1号(第11条関係)

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届出書

被保険者氏名				被保険者番号				区分			
(フリガナ)								新規・変更			
氏名				個人番号							
				生年月日				性別			
								□男 □女			
介護予防サービス計画作成を依頼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する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			地域包括支援センターの所在地						
					〒 住所 電話						
		事業所番号									
居宅介護支援事業所		事業所名			事業所の所在地						
					〒 住所 電話						
		事業所番号									
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してください。)											
前事業所名				変更年月日 (年 月 日)							
菊陽町長 様 上記、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け出します。 年 月 日 被保険者住所 _____ 被保険者氏名 _____ ⑤ 電話番号 _____ ⑤											

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画(介護予防サービス計画)の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに菊陽町に提出してください。
 2 介護予防サービス計画作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記載の上、必ず菊陽町に届けてください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己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。

<町確認欄> ※この欄は記入不要です。

利用予定日	平成 年 月 日から	認定申請日	平成 年 月 日 (-)	受付	
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住基ネットワーク				
申請者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人()				
身元確認	写真有 1点 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他()				
	写真無 2点 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> その他()				
確認者		確認日	令和 年 月 日	入力日	令和 年 月 日