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

調査同行

希望

訪問調査

未済

申請中

申請状況

|  |
| --- |
| 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 |
| 介護予防サービス計画の作成を依頼（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 |
| 介護予防支援事業所名地域包括支援センター名 |  | 介護予防支援事業所の所在地地域包括支援センターの所在地 | 〒 |
|  |  |
| 電話番号（　　　）　　－ |
| 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してください。 |
| 居宅介護支援事業所名 |  | 居宅介護支援事業所の所在地 | 〒 |
|  |  |
| 　　　　　　　　 電話番号（　　　　）　　 － |
| 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） |
| 野々市市長　宛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の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ます。　令和　　　年　　月　　日届出者　住所　　　　　　　　　　　　 　　　 　 電話番号（　　　　）　　　－　　　　　　氏名　　　　　　　　　 　　 　　　　 （被保険者との関係　　 　　　　）　　　　 |
| 保険者確認欄 | □被保険者証記入　□入力　□負担割合証発行　□訪問調査同行記入代理権確認　被保険者証(介護､後期､国保)､負担割合証､委任状､(　　　　　　　　　　　　　　)代理人身元確認　社員証､介護支援専門員証､名刺､運転免許証､(　　　　　　　　　　　　　　 )本人身元確認　運転免許証､被保険者証(介護､後期､国保)､(　　　　　　　　　　　　　　　　 ) |

（注意）１　この届出書は、介護予防サービス計画を作成し、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野々市市へ提出してください。

　　　　２　介護予防サービス計画の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、変更年月日を記入のうえ、必ず野々市市へ届け出てく

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　住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村へ提出してください。