

様式第55号の3 (第46条関係)

介護予防サービス計画作成依頼(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)												
					生 年 月 日							
個人番号					年					月		日
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												
事業者の事業所名				事業所の所在地 〒								
				電話番号								
事業所番号				サービス開始(変更)年月日								
				年					月		日	
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。												
事業者の事業所名				事業所の所在地 〒								
				電話番号								
事業所番号				サービス開始(変更)年月日								
				年					月		日	
事業所を変更する場合の理由等				※事業所を変更する場合のみ記入してください。								
<p>大田原市長 様</p> <p>上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画作成を依頼することを届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>被保険者 氏 名</p> <p>電話番号</p>												
<p>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が介護予防支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要があるときは、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介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。</p> <p>年 月 日 氏名</p>												
(注意)												
<p>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(変更)する事業所等が決まり次第、速やかに市へ提出してください。</p> <p>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、変更年月日を記入の上、必ず市に届け出てください。届出のないときは、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。</p>												
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"/> 介護予防支援事業者事業所番号										

入	力	受	付