

居宅（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

		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
		年 月 日	男 ・ 女
居宅（介護予防）サービス計画作成を依頼（変更）する事業者 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			
事業者の事業所名 地域包括支援センター名		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 ( )	
事業所若しくは地域包括支援センター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 ( 年 月 日付)			
遠別町長 様 上記の事業者（地域包括支援センター）に居宅（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 被保険者 氏 名 (印) 電話番号 ( )			
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（地域包括支援センター）番号	

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定及び要支援認定の申請時に、若しくは、居宅（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遠別町へ提出してください。
- 2 居宅（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事業所（地域包括支援センター）を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず遠別町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。