

様式第9号の2 (第24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(変更)届出書

| | | | | | | | |
|---|--------|--|-------------|---------------|-----|--|--|
| ※ 太枠内を記入してください。 | | 市 町 村 受 付 印 | | 広域連合 受 付 印 | | | |
| | | 区 分 | 適用開始(変更)年月日 | | | | |
| 新規・変更 | | 年 | 月 | 日 | | | |
| 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 | | |
| 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する介護予防支援事業者 | | | | | | | |
| 事業所(センター)名 | | | 郵便番号 | 〒 - | | | |
| 事 業 所 番 号 | | | 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 | | | 郵便番号 | 〒 - | | | |
| 事 業 所 番 号 | | | 所 在 地 | | | | |
| | | | 電 話 番 号 | () | | | |
| 介護予防支援事業所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。 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 沖縄県介護保険広域連合長 殿 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 申請者 | | | 電話番号 | | | | |
| (本人又は家族) 氏 名 | | | 被保険者との続柄 | | | | |
| 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 | | | | | |
| 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あたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、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。 | | | | | | | |
| 年 月 日 氏名 | | | | | | | |
| (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時、若しくは介護予防サービス計画作成及び介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第速やかに市町村へ提出してください。 2 介護予防サービス計画作成及び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又は介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず市町村へ届け出てください。 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に提出してください。 | | | | | | | |
| 市町村・広域連合記入欄 | | | | | | | |
| 担 当 者 確 認 | 構成市町村 | | 広域連合 | | 備 考 | | |
| | 申請内容確認 | 電算入力処理 | 申請内容確認 | | | | |
| | | | | | | | |