

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



【提出事由】 いずれかにチェックを入れてください。	
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 要介護 ⇒ 要支援 <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 要支援 ⇒ 事業対象者 <input type="checkbox"/> 事業対象者 ⇒ 要支援 <input type="checkbox"/> 居宅の変更

被保険者氏名	被保険者番号
フリガナ	0 0 0
	個人番号（マイナンバー）

生年月日 明・大・昭 年 月 日

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（変更）する高齢者支援センター

高齢者支援センター名	事業所の所在地 〒
担当 ( )	
事業所番号	電話番号 ( )

開始又は変更年月日 ( 年 月 日付)

介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを委託する場合のみ記入してください。

委託居宅介護支援事業所名	電話番号 ( )
	事業所番号

町田市長様  
 上記の介護予防支援事業者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出ます。  
 年 月 日  
 住所  
 被保険者  
 氏名 電話番号 ( )

- (注意)
- この届出書は、要支援認定の申請時に、又は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町田市へ提出してください。
  - 事業対象者として介護予防ケアマネジメントの依頼をするときは、基本チェックリストを添付して届け出てください。
  - 介護予防サービス計画の作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援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、必ず町田市に届け出てください。
  - 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の窓口へ提出してください。
- ※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。

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  同意しません

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"/> 事業所番号 <input type="checkbox"/> 基本チェックリストの添付
--------	---