様式第１８号の２

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 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |
| 生　年　月　日 | | | 性　別 | | | | 個 人 番 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 明・大・昭  　　　　　　　年　　　月　　　日 | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  |  | |  | | | |  | |  | | |  | | |  |
| 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　　 　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | |  |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 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　　 　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | |  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 介護予防サービス計画作成の開始（変更）年月日  介護予防ケアマネジメントの開始（変更）年月日 | | | | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所を変更する場合の事由等 | | ※変更する事由に☑を入れて下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □介護⇔予防へ変更（事業対象者も含む）□居宅（予防）⇔小規模へ変更□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （市町経由）  　空知中部広域連合長　様  　　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出します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　住所  　　被保険者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　　）  　　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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、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事業所等が決まり次第速やかに市町窓口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、必ず市町窓口に届け出してください。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の窓口に提出してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者記入欄 | 入力日 | 年　　 月　 　日 | | | 証交付日 | | 年　　 月　 　日 | |  |
| 証回収 | 有 ・ 無 | 介護度 | 事業対象者 | | 要支援 | | 要介護 |
| / １・２ | | / １・２・３・４・５ |