

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
		明・大・昭 年 月 日	男・女
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 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	〒
(事業者番号)		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		居宅介護支援事業所の所在地	〒
(事業者番号)		電話番号 ()	
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター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。			
変更年月日 (平成 年 月 日付)			
小鹿野町長 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。 令和 年 月 日 被保険者 住 所 氏 名 電話番号 ()			
確 認 欄	被保険者資格 届出の重複 介護予防支援事業者事業所(地域包括支援センター)番号		

- (注意) 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する事業者等が
決まり次第速やかに小鹿野町福祉課へ提出してください。
- 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うえ、必ず小鹿野町福祉課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。
- 4 問い合わせ先

〒368-0105 小鹿野町小鹿野300番地
小鹿野町保健福祉センター内 福祉課介護保険担当
電話 0494-75-4103

同意書

小鹿野町長 様

私は、小鹿野町介護保険認定・更新・変更申請等に伴う個人番号の取得を住民基本台帳ネットワークシステム端末で確認することに同意します。

令和 年 月 日

被保険者住所 _____

被保険者氏名 _____

(御家族様以外代筆不可)