

介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成依頼（変更）届出書

		区 分	
保険者：東京都中野区(131144)		新規・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	
生年月日	明・大・昭	年	月 日
介護予防サービス計画・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 介護予防サービス計画を依頼(変更)する予防小規模多機能型居宅介護支援事業所			
地域包括支援センター・ 介護予防支援事業所・ 小規模多機能型居宅介護支援事業所	事業所番号		
		所在地 〒 —	
		電話番号 ()	
※居宅介護支援事業者が介護予防支援・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			
居宅介護支援事業者名	事業所番号		
		所在地 〒 —	
		電話番号 ()	
依頼(変更)年月日(介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント開始年月日)		年 月 日	
事業者を変更する場合の理由等 (※事業者を変更する場合のみ記入してください。)			
変更理由(該当する項目に○をつけてください)			
1. 委託による作成から包括による作成 2. 委託先変更 3. 転居による包括の変更 4. 包括による作成から委託による作成 5. その他()			
小規模多機能型の場合利用開始月における居宅サービスの利用有無			
☐ 居宅サービスの利用あり ☐ 居宅サービスの利用なし			
中野区長あて 上記の ☐ 地域包括支援センター・介護予防支援事業者・受託する居宅介護支援事業所に、介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼することを届出します。 ☐ 小規模多機能型介護予防支援事業所に、介護予防サービス計画の作成を依頼することを届出します。			
年 月 日			
被保険者 住所		電話番号	
氏名		()	
確認欄(保険者使用欄)		☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 事業者番号	
提出した方 (氏 名)	※本人以外が提出する場合	被保険者との関係	家族・支援事業者・その他()
		連絡先	
介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する介護予防介護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)

- この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成を依頼する事業者が決まり次第、速やかに中野区へ提出してください。
- 介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼する事業者又は介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを受託する事業所を変更する時は、必ず中野区へ届け出てください。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。
- 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市区町村の窓口へ提出してください。この届出のうち、事務処理に必要な事項は、電子計算組織に記録し処理します。