様式第１号（第５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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者の事業所名  地域包括支援センター名 | | |  | | | | | | | | | | | 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  地域包括支援センター番号 |  |  | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |
| 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  ※受託による介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを行う場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者の事業所名 | | | | |  | | | | | | | | | 事業所の所在地 | | | | | | | | 〒　　　　― | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  | |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 電話番号　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス開始（変更）年月日 | | | | | | | | | | | 年　　　　 　 月　　　　 　日から | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 台東区長　殿  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け出ます。  　　　　　年　　月　　日  住所  被保険者  　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　(　　　)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 確認欄 | * 被保険者証資格　□　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 | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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)する介護予防支援事業者が、

介護予防支援等の提供にあたり、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又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が決まり次第、速やかに台東区へ提出してください。

2　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には、変更年月日を記入のうえ、必ず台東区に届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用をいったん、全額自己負担していただくことがあります。

　　　　3　住所地特例の対象となる施設に入居中の要支援認定者の場合は、その施設の住所地の区市町村の窓口へ提出してください。