

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 カイゴ イチロウ		0 0 0 0 9 8 7 6 5 4	
介護 一郎		個人番号	
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
		生年月日	
		明・大(昭) 14年1月1日	
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または 地域包括支援センター名および事業所番号		介護予防支援事業所または 地域包括支援センターの所在地	
地域包括支援センター▲▲▲▲		〒□□□-□□□□ 函館市▲▲町○○番○○号 電話番号 0138 (XX) XXXX	
5 5 5 5 5 5 5 5 5 5			
介護予防支援また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 ※居宅介護支援事業者が地域包括支援センターから介護予防支援また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および事業所番号		居宅介護支援事業所の所在地	
居宅介護支援事業所□□□		〒△△△-△△△△ 函館市○○町□□番□□号 電話番号 0138 (XX) XXXX	
3 3 3 3 3 3 3 3 3 3			
介護予防支援事業所もしくは地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等 ※変更する場合のみ記入してください。 転居による圏域変更のため。 変更年月日(令和6年3月6日付)			
(あて先) 函館市長 上記の介護予防支援事業所 もしくは介護予防ケアマネジメント		サービス計画作成もし	
		・適用開始日を記載してください。 ・区分が[変更]の場合は変更年月日と同日と してください。	
令和6年3月6日			
住所 函館市□□町△番△△号		電話番号 0138 (XX) XXXX	
被保険者氏名 介護 一郎			
備考			

- (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、または、介護予防サービス計画作成もしく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、速やかに函館市に提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成も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や地域包括支援センター、または、介護予防支援も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上、必ず函館市に届け出てください。
届け出のない場合、サービスにかかる費用をいったん、全額自己負担していただくことがあります。
- 3 太線の中のみ記入してください。