

様式第15号の2（第18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											
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													
事業所名		事業所の所在地											
		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。													
事業所名		事業所の所在地											
		電話番号（ ）											
介護予防支援事業所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 年 月 日)													
袋井市長 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します。 年 月 日													
被保険者		住所 氏 名											
		電話番号（ ）											
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号											
		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											
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の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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供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が決まり次第、速やかに袋井市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上、必ず袋井市へ届け出てください。届出がない場合は、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。