

別紙様式（8 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				性 別		
					明・大・昭 年 月 日						
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											
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							
				〒 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受託する場合のみ記入して下さい。											
居宅介護支援事業所名				居宅介護支援事業所の所在地						〒	
				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（令和 年 月 日付）											
新規の場合 サービス開始年月日（令和 年 月 日付）											
富士吉田市長 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。 令和 年 月 日 住 所 電話番号（ ） 被保険者 氏 名											
保険者確認欄		☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防支援事業者事業所番号（地域包括支援センター）									
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所が介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供にあたり、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、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該当介護予防支援事業所（地域包括支援センター）に必要な範囲で提供することに同意します。 令和 年 月 日 氏名											

(注意) 1 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等が決まり次第速やかに富士吉田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（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、必ず富士吉田市に届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。