様式第34号の2(第44条関係)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 111

**介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | | | | | | | 届出区分 | | | | | | | | | | | | |
| 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又は地域包括支援センター名 | | | 介護予防支援事業所又は地域包括支援センターの所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 〒  　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス開始（変更）年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所番号 | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 雲南広域連合長　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ます。  　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 住所  氏名 | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防サービス計画の作成等を依頼（変更）する介護予防支援事業者（地域包括支援センター）が介護予防支援等の提供に当たり、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（地域包括支援センター）に必要な範囲で提示することに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | □被保険者資格　　□届出の重複  □介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |

※利用開始年月日（変更年月日）は届出年月日と同日である必要はありません。

　(注意)1　この届出書は、要支援認定の申請時に、又は介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに市町介護保険担当課へ提出して下さい。

　　　　2　介護予防サービス計画の作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援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、必ず市町介護保険担当課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。