

介護予防ケアマネジメント依頼(変更・終了)届出書

										区分	
										新規・変更・終了	
被保険者氏名					個人番号						
フリガナ											
					被保険者番号						
					生年月日				性別		
					明・大・昭 年 月 日				男・女		
介護予防ケアマネジメントを依頼(変更・終了)する地域包括支援センター											
地域包括支援センター名				地域包括支援センターの所在地				〒			
				電話番号()				—			
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()				—			
介護予防支援事業所(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 ※事業所を変更する場合のみ記入してください。											
変更年月日 (年 月 日)											
阪南市長様 上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に介護予防ケアマネジメントを依頼することを 届け出します。 (終了を届け出します。) 年 月 日 住 所 〒 被 保 険 者 氏 名 印 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"/> 指定介護予防支援事業者番号									

- (注意) 1 この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センターが決まり次第、速やかに阪南市へ提出してください。
- 2 介護予防ケアマネジメントを依頼する指定介護予防支援事業者(地域包括支援センター)を変更するときは、新たな事業所名、変更年月日を記入のうえ、必ず阪南市に届け出てください。届け出のない場合は、サービスにかかる費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
- 3 介護予防ケアマネジメントを依頼する場合があり、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窓口へ提出してください。