第８号－２様式（第10条関係）

介護予防サービス計画作成依頼（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 |
| 年　　　　月　　　　日 | 男　　・　　女 |
| 　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 |
| 介護予防支援事業所名 |  | 介護予防支援事業所の所在地 | 〒 |
|  | 電話　　　　　　　（　　　） |
| 介護予防支援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　　　　　　　（　　　） |
| 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事由等 |
| ※変更する場合のみ記入してください。 |
|  |
| 　　　　　　　　　　　　変更年月日　　　（　　　　　年　　　　月　　　　日付） |
| 　　　南さつま市長　様　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を依頼することを届け出します｡　　　　　年　　月　　日　　被保険者　住　　所　　電話番号　　　　　　　（　　　）　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　（注）

　１　この届出書は、要介護認定の申請時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、速やかに本庁又は支所介護保険担当係へ提出してください。

　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、変更理由、変更年月日等を記入のうえ、速やかに本庁又は支所介護保険担当係へ提出してください。

　３　届出をしないで介護予防サービスを利用した場合、サービスに係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。