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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 生 年 月 日 | 年　　　月　　　日 |
| 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 |
| 地域包括支援センター名 |  | 介護予防支援事業所の所在地 | 〒 |
| 　　　　　　　　 | 電話　　　　（　　　） |
| 地域包括支援センターから委託を受けて介護予防ケアマネジメントを行う事業所 |
| 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　　　　（　　　） |
| 事業所を変更する場合の事由等 | ※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）  |
| 南さつま市長　様　上記の地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所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｡　　　　　年　　　月　　 日　被保険者　住　　所　　南さつま市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　（　 　　） 　 　　　　　　　　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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（注）１この届出書は、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介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所（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、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。届出のない場合は、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であって、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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 窓口に来た人 | 個人番号の確認 | 身元確認書類 |
| * 申請者本人
* その他

（氏名　　　　　　　続柄　　　）□委任状□申請者の身分証明書□その他（　　　　　　　　　　） | □ 個人番号カード□ 通知カード□ 住民票の写し□ その他（　　　 　 　） | １点 | □個人番号カード　□運転免許証□介護支援専門員証□その他（　　　　　　　　　） |
| ２点 | □介護保険証　　□健康保険証□年金手帳・年金証書□その他（　　　　　　　　　） |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対応職員（　　　　　　　　　　　　　　　）