第８号様式の２（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　　　　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | | |  |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  | |
| 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　　　　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | | |  |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  | |
| 給付管理開始年月日 | | | | 年　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | □　被保険者資格　　　□　届出の重複 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 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が介護予防支援の提供にあたり、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に必要な範囲で提示することに同意します。  　　年　　月　　日　　氏名 |

（注）１この届出書は、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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　）