介護予防サービス計画作成・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゛ナ															
個人番号															
	戼	明・大・昭							男・女						
		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名	介護予	護予防支援事業所の所在地													
地域包括支援センター名	地域包括	域包括支援センターの所在地							57-2301						
正海十四年与托士城上、万	西海市	海市大瀬戸町瀬戸板浦郷1128番地14													
西海市地域包括支援センター			電話番号(0959)37-0245												
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 ( ) — —														
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。			変更年月日												
							(		年		月	E	1付)		
長崎県西海市長 様															
上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に	二介護子	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		
することを届け出します。															
年 月 日															
住 所 一															
	電話番号														
被保険者															
氏 名															
□ 被保険者資格 □	届出の	の重複	į												
保険者確認欄 □ 介護予防支援事業者事業所(地域包括支援センター)番号															
, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,															
()A本) 4 × 6日日本ロ 人#マ叶ロ ハーコマッド トー・ハ	±#- → n.i.	,	7. 5.5			II.dert 3		II/. →r 4-	- 10 VL 1	. 20. 27	form the character	) — — — ·	6- 1-0B		

- (注意) 1 この届出書は、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事業所等が決まり次第速やかに西海市役所 長寿介護課へ提出してください。
  - 2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援若しくは介護 予防マネジメント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うえ、必ず西海市役所 長寿介護課に届 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、全額負担していただくことがあります。
  - 3 住所地特例の対象となる施設に入所中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。