

記入例

届出をする前に、必ず介護予防支援事業所(計画を居宅介護支援事業所へ受託する場合はその事業所分も)とのケアプラン作成に係る契約を済ませてください(ケアプラン作成に係る費用について自己負担は発生しません。)

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 ナンソウ ハナコ		0 0 0 0 0 0 9 9 9 9	
南総 花子		個人番号	
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
		生年月日	
昭和〇〇年 1月 1日		性別	
		男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	
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	
南房総市 地域包括支援センター 〇〇		〒294-8701 南房総市谷向〇〇 電話番号 0470(〇〇)〇〇〇〇	
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	
南房総ケアプランセンター		〒294-8701 南房総市谷向〇〇 電話番号 0470(〇〇)〇〇〇〇	
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			
※変更する場合のみ記入してください。			
事業所を変更する場合は、必ず記入してください。			
ケアプラン作成開始日(契約日等)			
令和 2年 10月 1日 (新規 <input checked="" type="radio"/> 変更 <input type="radio"/>)			
南房総市長 宛			
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出します。			
令和 2年 10月 1日			
住所 南房総市谷向〇〇〇			
被保険者		電話番号 0470(〇〇)〇〇〇〇	
氏名 南総 花子			
被保険者本人の届出 をお願いします。		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複	
		<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号	

- (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、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南房総市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、必ず南房総市へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。