

様式第27号（第26条関係）

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	
		<input type="checkbox"/> 新規・ <input type="checkbox"/> 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
		明・大・昭 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
介護予防サービス計画作成を依頼（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 地域包括支援センター名		介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地	
		電 話 番 号	
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（※5）			
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事由等			
※変更する場合のみ記入してください。 変更年月日（令和 年 月 日付）			
毛呂山町長 あて			
上記の <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者に介護予防サービス計画作成を依頼することを届出します。 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターに介護予防マネジメント			
令和 年 月 日			
住所		電話番号	
被保険者			
氏名			
保険者確認欄		<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（地域包括支援センター）事業所番号	

居宅予防サービス計画作成又は介護予防マネジメントを依頼（変更）する居宅予防支援事業者又は地域包括支援センターが居宅介護支援又は介護予防マネジメントの提供にあたり、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又は地域包括支援センターに必要な範囲で提示することに同意します。

令和 年 月 日 氏名

- 1 介護予防サービス計画作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決めた場合は、被保険者証を添えて、速やかに毛呂山町へ提出してください。事業者にも、提出の代行を依頼することもできます。
- 2 介護予防サービス計画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ケア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上、毛呂山町に届け出てください。届出がない場合、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。
- 3 住所地特例の対象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が提出先になります。
- 4 被保険者から提出代行の依頼を受けた介護予防支援事業者、介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者又は介護予防ケアマネジメントを依頼された地域包括支援センターは、この届出書に、当該被保険者の被保険者証を添えて毛呂山町に提出してください
- 5 居宅介護支援事業者が介護予防支援を受託する場合に記入してください。
- 6 情報提供についての同意欄は、提供について同意する場合のみ使用してください。同意しない場合は記入の必要はありません。