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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援事業所名 | | | | | | |  | | | | 介護予防支援事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | | 〒038-1122 | | | | | | | | | |
| 田舎館村地域包括支援センター | | | | | | | | | | | 青森県南津軽郡田舎館村大字八反田字古舘206-1  　 　　　　　　　　電話番号　0172-58-3704 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援事業所番号 | | | | | | | | | | | サービス開始（変更）年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 2 | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 | | 0 | 3 | 4 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所番号 | | | | | | | | | | | サービス開始（変更）年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 田舎館村長　殿  上記の居宅介護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ます。  　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　住所　〒  　被保険者  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者が居宅介護支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある場合は、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居宅介護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 |

（注意）１　この届出書は、要介護認定の申請時に、又は居宅サービス計画の作成を依頼する居宅介護

事業所が決まり次第速やかに田舎館村役場へ提出してください。

２　居宅サービス計画の作成を依頼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、必ず田舎館村役場へ届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用

を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者確認欄 | □被保険者資格　　　□届出の重複 | | | | | | | | | | |
| □居宅介護支援事業者事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※窓口で申請の場合、申請者、代理人の身分確認書類の提示をお願いします。