

包括的な委託に伴う計画種別（介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメント）変更報告書

フリガナ		被保険者番号																		
被保険者氏名																				
生年月日	明・大・昭	年	月	日																
介護予防居宅サービス計画の作成を行う指定居宅介護支援事業者																				
事業所名													事業所番号							
事業所の所在地	〒 電話番号（ ）																			
介護予防ケアマネジメントの作成を行う地域包括支援センター																				
事業所名													事業所番号							
事業所の所在地	〒 電話番号（ ）																			
変更年月日	令和 年 月 日																			
（あて先） 岐 阜 市 長 ☐ 介護予防サービス計画から介護予防ケアマネジメントへ変更することを報告します。 ☐ 介護予防ケアマネジメントから介護予防サービス計画へ変更することを報告します。 （報告者） 令和 年 月 日 事業所名 氏 名																				

（注意）

- この報告書は、介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントの変更が決まり次第速やかに岐阜市へ提出してください。
- この報告書の利用は、予め指定居宅介護支援事業者及び地域包括支援センターで「（介護予防）居宅介護サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成依頼（変更）届出書」の提出を行っていることが前提です。
- 事前に変更前の地域包括支援センター（又は指定居宅介護支援事業所）へ報告してください。