

□介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成依頼(変更)届出書

新規・変更

フリガナ													
被保険者氏名													
						被保険者番号							
						要支援の場合		<input type="checkbox"/> 包括的委託あり （委託ありの場合） <input type="checkbox"/> 契約書(写) <input type="checkbox"/> 相手事業所届出 <input type="checkbox"/> 包括的委託なし					
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・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼(変更)する事業者又は包括的委託契約した事業者													
事業所名 (地域包括支援センター名)													
			事業所番号 (地域包括支援センター番号)										
事業所 (地域包括支援センター) の所在地			〒										
			電話番号										
変更事由等 ※事業所等を変更する場合のみ記入してください。			変更年月日 (平・令 年 月 日付)										
(あて先) 岐 阜 市 長													
□上記の居宅介護支援事業所に居宅介護サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。													
□上記の介護予防支援事業所(地域包括支援センター)に介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼することを届け出ます。(包括的契約当初から作成する場合を含む)													
□上記の介護予防支援事業所(地域包括支援センター)と包括的契約し、今後事業所からの報告により計画を作成依頼することを届け出ます。													
令和 年 月 日													
住 所													
被保険者							電話番号						
氏 名													

(注意) 1 この届出書は(介護予防)居宅サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼する事業所等が決まり次第速やかに岐阜市へ提出してください

2 (介護予防)居宅サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼する事業所等を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず岐阜市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、一旦全額自己負担していただくことがあります。

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"/> 事業所・地域包括支援センター番号	