

## 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		性 別		
大正・昭和 年 月 日		男 ・ 女		
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		
		〒444-0113		
幸田町地域包括支援センター		幸田町大字菱池字錦田 82 番地 4		
		電話番号 0564 ( 62 ) 7331		
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		
		〒		
		電話番号 ( )		
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)				
<p>(宛先) 幸田町長</p> <p>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け出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>被保険者 電話番号 ( )</p> <p>氏 名 _____</p>				
居宅介護支援事業所番号		2   3   0   6   0   0   0   0   1   5		
保 險 者 確 認 欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号		<b>提出</b> <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送 <b>代理権の確認</b> <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 書面 ( )	
	受付者	システム 入力	被保険者証	
			<b>個人番号の確認</b> <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 番号確認書類 (通知カード等)	
			<b>身元確認</b> <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 ※2点以上 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

(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幸田町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介護支援事業所を変更する時は、変更年月日を記入の上、必ず幸田町に届け出てください。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。