

介護予防ケアマネジメント依頼届出書

		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
		男 ・ 女	
介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センター			
介護予防支援事業所名		事業所の所在地 〒	
開始年月日 (年 月 日付)		電話番号 ()	
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 ※ 居宅介護支援事業者が介護予防ケアマネジメント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 〒	
開始年月日 (年 月 日付)		電話番号 ()	
地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）を変更する場合の事由等			
※ 事業所を変更する場合のみ記入してください。			
変更年月日 (年 月 日付)			
<p>中井町長 殿</p> <p>上記の地域包括支援センター（居宅介護支援事業者）に介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: right;">電話番号 ()</p> <p>被保険者</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p>			
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"/> 地域包括支援センター（介護予防支援事業者事業所）番号		

- 備考1 この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第、速やかに中井町健康課へ提出してください。
- 2 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うえ、必ず中井町健康課に届け出してください。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。
- 3 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の窓口へ提出してください。