

## 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（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											
		明・大・昭											
		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 〒311-3131											
茨城町地域包括支援センター		東茨城郡茨城町小堤1037-1											
		電話番号 029(292)8577											
介護予防支援を委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サービスを委託する場合のみ記入ください。													
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													
※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 )													
茨 城 町 長 様													
上記の介護予防支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届出します。													
令和 年 月 日													
住所													
被保険者		電話番号 ( )											
氏名		ⓐ											
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"/> 介護予防支援事業者事業所番号											
		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											

## (注意)

- 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茨城町へ提出してください。
- 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防事業所を又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを委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、必ず茨城町に届け出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担いただくことがあります。
- 住所地特例の対象となる施設に入所の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。