

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作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）する事業者			
居宅介護（予防支援）業者事業所名		事業所の所在地 〒869-1602	
高森町地域包括支援センター		阿蘇郡高森町大字高森2168番地	
指 定 予 防 支 援 事 業 所 番 号		4 3 0 2 7 0 0 1 1 9	
介護予防支援・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支援を受託する場合のみ記入）			
居宅介護事業者事業所名及び担当介護支援専門員		事業所の所在地 〒	
担当者名（ ）		電話番号（ ）	
居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等 変更年月日（ 年 月 日 付 ）			
介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを変更する場合 変更年月日（ 年 月 日 付 ）			
<input type="checkbox"/> 介護予防支援へ変更		<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメントへ変更	
（あて先） 高森町長 様 上記の居宅介護（介護予防）支援事業者にサービス計画作成を依頼（変更）することを届け出ます。 年 月 日 住 所 被保険者 電話番号（ ） 氏 名 ⑩ 代 筆 者 （続柄： ）			
保 険 者 確 認 欄	<input type="checkbox"/> 入力処理 <input type="checkbox"/> 被保険者証の交付 <input type="checkbox"/> 認定申請中 <input type="checkbox"/> 未納保険料      （有・無）		

- （注意）
- この届出書は、介護予防サービス計画作成、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第、速やかに被保険者証を添えて高森町へ提出してください。
  - 介護予防支援、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所の変更、介護予防支援、介護予防ケアマネジメントを変更するとき、変更理由等を記入し、高森町へ届出てください。
  - サービス内容により、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの変更がある場合は、居宅介護（予防支援）事業所の代行により届け出ることができます。
  - この届出書を提出しない場合、または介護予防サービス計画、介護予防ケアマネジメントプランを作成しないでサービスを利用した場合は、サービスに係る費用を全額自己負担していただくこともあります。