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）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  | | |  |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 明・大・昭  　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者の事業所名 | | | | | | |  | | | | | | | | 事業所の所在地 | | | | | | | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 開始（変更）年月日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無 | | | | | | | | | | | | ※介護予防小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス（居宅療養管理指導及び特定施設入所者生活介護を除く。）及び地域密着型サービス（夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護（短期利用型）に限る。）の利用の有無を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 居宅サービス等の利用あり（開始月の給付管理票は介護予防支援事業者等が作成）   （利用したサービス：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　居宅サービス等の利用なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日南市長　様  　　上記の介護予防小規模多機能型居宅介護事業所に介護予防サービス計画の作成を依頼することを届出します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　）  　　被保険者　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者  （被保険者との関係　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | | | | □　被保険者資格　□　届出の重複  □　介護予防小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |

（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日南市長寿課介護保険係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事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず日南市長寿課介護保険係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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※市役所確認 | | |  |  | | |  |  | | | |  |  | |  | |  |  | | |  | | |  |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  |
| 個人番号確認及び 本人確認実施者 | 交付対象者を確認するもの | | | | | | | | | | | | | | | 代理人を確認するもの | | | | | | | | | 代理権を確認するもの | | | | | | | | | | | | その他 | | | | |  | |
| □個人番号カード | | | | | | | | □通知カード | | | | |  | | □運転免許証 | | | | | | |  | | □委任状 | | | |  | | |  | | |  | | □郵送 | | | | |  | | |
|  | □その他（ | | | |  | ） | | |  | | □運転免許証 | | | | | □介護支援専門員証 | | | | | | | | | □対象者の介護保険証 | | | | | | | | | | | | □使者 | | | | |  | | |
|  | | | | | | | |  | | □介護保険証 | | | | | □その他( ) | | | | | | | | | □その他( ) | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | |
|  |  | | |  |  | | |  | その他( ) | | | | | |  | | |  |  | |  | | |  |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |