

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
介護予防サービス計画作成を依頼(変更)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依頼(変更)する地域包括支援センターの名称・所在地・事業所番号	
(地域包括支援センター)	所在地 〒
名称	
事業者番号	
	電話番号
(委託先)	所在地 〒
名称	
事業者番号	
	電話番号
事業所を変更する場合の事由等	サービス利用(給付管理)開始(予定)日
	年 月 日

豊島区長

上記の介護予防支援事業所(地域包括支援センター)に介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届出します。

年 月 日

住 所

被保険者

電話番号 ()

氏 名

印

区 確 認 欄

要支援

認定申請中

総合事業

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画作成又は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(地域包括支援センター)が決まり、事業所と契約締結した後、速やかに豊島区へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画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支援事業所(地域包括支援センター)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受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更後の事業所と契約締結した後(ただし、委託先のみを変更する場合は地域包括支援センターが当該事業所に委託した後)、変更年月日を記入のうえ、速やかに豊島区に届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

《区処理欄》

来庁者	番号確認	身元確認		
<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> 持参せず(※) <input type="checkbox"/> 記入なし	1点確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳(愛の手帳) <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート) <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書(交付年月日が平成24年4月1日以降のものに限る) <input type="checkbox"/> その他(証明書の名称: _____)	
		2点確認	<input type="checkbox"/> 国民健康保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 共済組合組合員証 <input type="checkbox"/> 船員保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 私立学校教職員共済制度の加入者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他(証明書の名称: _____)	
<input type="checkbox"/> 法定代理人	代理権の確認書類	1点確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート) <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書(交付年月日が平成24年4月1日以降のものに限る) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳(愛の手帳) <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他(証明書の名称: _____)	本人の番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> 持参せず(※) <input type="checkbox"/> 記入なし
	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他(_____)		<input type="checkbox"/> 国民健康保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 共済組合組合員証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 船員保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 私立学校教職員共済制度の加入者証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他(証明書の名称: _____)	
<input type="checkbox"/> 任意代理人	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他(_____)	2点確認	<input type="checkbox"/> 国民健康保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 共済組合組合員証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 船員保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 私立学校教職員共済制度の加入者証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他(証明書の名称: _____)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> 持参せず(※) <input type="checkbox"/> 記入なし

※番号確認の資料を持参しなかった場合の確認方法

- 地方公共団体情報システム機構への確認
 住民基本台帳の確認
 過去に本人確認の上作成した当該特定個人情報ファイルの確認
 職員が個人番号記入欄に補正または訂正

個人番号確認者	
---------	--

〈その他で2点確認を行う際の疎明資料(例示)〉

- ・介護保険課の発行した証明書
 ・豊島区の他課が発行した証明書
 ・公共料金証明書(3か月以内)

地域包括記入欄	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント
---------	------------------------------------------------------------------------------

総合事業入力済	被保険者発行済	負担割合証発行済