

届出書の記入要領

豊島区介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務受託に関する届出書

豊島区高齢者福祉課長 様

令和 年 月 日

・届出書の内容は提出日を基準日とします

事業所名 _____

・記入した日

管理者 _____

当居宅介護支援事業所は、「豊島区指定介護予防支援業務の受託要件」に該当しており、豊島区の介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務を受託するにあたって地域包括支援センターに協力して業務をおこなうことを了承します。また、関係部署等に受託要件の確認をおこなうことに同意します。

居宅介護支援事業所

名称					
所在地	〒 _____				
連絡先	電話番号		FAX番号		
	メールアドレス				
介護保険事業所番号		指定の有効期間	令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日	

・指定更新を行った場合は、最新の指定有効期間を記入

・新型コロナウイルス感染症等の影響により「介護支援専門員等の資格の特例措置」の対象となる方は「特例措置対象」に○印をつける。

所属する介護支援専門員

フリガナ	介護支援専門員証				主任ケアマネ	勤務形態	研修受講種別 (※要件2参照) 受講年月日			
氏名	登録番号	有効期間満了日	特例措置対象	有効期間満了日			(1)	(2)	(3)	(4)
		令和 年 月 日		令和 年 月 日	常勤・非常勤	令和 年 月 日				
		令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日				
		令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日				
		令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日				
		令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日				

・記入日現在、所属する介護支援専門員全員について記入

・有効期間が切れていないか確認
・更新手続き中の場合は、更新前の有効期間満了日及び「更新中」と記入

・受講要件2(研修種別)を参照し、当てはまる研修種別番号に○をつけ、受講年月日を記入
・事業所内に(1)~(4)に該当する人が一人もない場合はご連絡ください。

地域包括支援センターからの受託状況

※受託しているセンター欄に○印をつけてください。

・この届出書を提出する時点で受託しているセンターに○印を付ける。

包括	菊かおる園	東部	中央	ふくろうの杜			
※受託							

<事務処理欄>

記載不要

受付印		入力	介護保険課確認	
	月 日	月 日	月 日	月 日
郵送・窓口受付者()	備考			