

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の作成を依頼(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の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														
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の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。

