

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						
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者 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											
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名					介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地					〒	
					電話番号						
介護予防支援事業所(地域包括支援センター)番号					サービス開始(変更)年月日						
					年 月 日						
介護予防支援事業所又は地域包括支援センターを変更する場合の理由等											
※変更する場合のみ記入してください。											
介護予防支援又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者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入して下さい。											
居宅介護支援事業所名					居宅介護支援事業所の所在地					〒	
					電話番号						
居宅介護支援事業所番号					サービス開始(変更)年月日						
					年 月 日						
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等											
※変更する場合のみ記入してください。											
鴻巣市長 様											
上記の事業所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け出ます。また、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者、介護予防(看護)小規模多機能型居宅介護事業者が介護予防支援及び介護予防(看護)小規模多機能型居宅介護の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要があるときは、要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該事業者に必要な範囲で提示することに同意します。											
年 月 日 〒											
被保険者 住 所 氏 名					電話番号						
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介護予防サービス(介護予防居宅療養管理指導及び介護予防特定施設入居者生活介護を除く。)及び地域密着型介護予防サービス(介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防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。											
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり ⇒ (利用したサービス:) <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし											
鴻 巣 市 記 入 欄		<input type="checkbox"/> 申 請 中(新 規 ・ 区 変) <input type="checkbox"/> 保険証添付(有 ・ 無) <input type="checkbox"/> 認 定(事業対象者 ・ 要支援1 ・ 2) <input type="checkbox"/> システムへの入力 <input type="checkbox"/> 認 定 期 間(~) <input type="checkbox"/> 被保険者証の発行 <input type="checkbox"/> 認 定 日(年 月 日)									
(注意) ・この届出書は、要介護認定の申請時、介護予防サービス計画若しくは介護予防ケアマネジメントの作成を依頼する事業所が決定したとき、依頼先の事業所を変更したとき、又は受託する事業所を変更したときは、速やかに鴻巣市役所介護保険課又は吹上・川里両支所福祉グループへ提出してください。届出のない場合は、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。 ・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。											

委任状

代理人

住所

氏名

私は、上記の者を代理人と定め、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）届出書の提出及び被保険者証を受領する一切の権限を委任します。

なお、被保険者証が即時交付できない場合は、上記委任に関わらず住所または送付先住所に送付願います。

年 月 日

委任者

住所

氏名

印

（自署の場合は押印不要）

【職員 記入欄】

番号確認	本人申請	代理申請		担当者
	代理権確認	代理権確認	代理人身元確認	
<input type="checkbox"/> 記入あり * 確認した物 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し等 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> システム確認	* 1 点確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 () * 2 点確認 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> その他 ()	* 法定代理人 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本等 * 任意代理人 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> その他 ()	* 家族申請 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 () * 事業者申請 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 包括職員証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()	確認日
<input type="checkbox"/> 記入なし <input type="checkbox"/> 職員記入 <input type="checkbox"/> システム確認				