

介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

※該当する届出にチェック

ケアマネジメント依頼届出書の確認事項	<input type="checkbox"/> 基本チェックリストの提出 <input type="checkbox"/> 要介護（支援）認定申請 <input type="checkbox"/> 短期集中プログラムのみ	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・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者

介護予防支援事業所名	介護予防支援事業所の所在地	〒
	電 話 番 号	

介護予防支援事業所番号	サービス開始（変更）年月日
	年 月 日

介護予防支援事業所等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・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・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ください。

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。

杉並区長 様

上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画作成・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。

年 月 日

〒

住 所

被保険者

電話番号

氏 名

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が介護予防支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・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介護予防支援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 氏名

- (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、又は介護予防サービス計画作成及び介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第速やかに杉並区へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成及び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又は受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず杉並区へ届け出てください。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。

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 被保険者証・資格者証	<input type="checkbox"/> 入力・出力チェック
	<input type="checkbox"/> 要支援	(発行日 月 日)	<input type="checkbox"/> 処理不要