

介護予防サービス計画作成依頼届出書【新規・変更】

宍粟市長 様

次のとおり届け出します。

年 月 日

被 保 険 者	個人番号					被保険者番号						
	フリガナ							生年月日				
	氏名											
	住所		〒					電話番号				
介護予防サービス計画等の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者又は地域包括支援センター												
介護予防支援事業所等の名称					左記の所在地							
宍粟市地域包括支援センター					〒671-2573 宍粟市山崎町今宿5番地15							
事業所 番号	2	8	0	3	8	0	0	0	1	6	電話番号 0790-63-3167	
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												
居宅介護支援事業所名					左記の所在地							
事業所 番号						電話番号						
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は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。												
サービス計画作成開始年月日												

窓 口 に 来 ら れ た 方	氏名		被保険者 との続柄	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ ※電話番号（ ）		

※窓口に来られた方が被保険者本人の場合、続柄及び住所の記載は不要です。

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 被保険者氏名

(注意)

- この届出書は依頼する事業所が決まり次第、速やかに宍粟市へ提出してください。
- 介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更するときは、必ず宍粟市へ届け出てください。届け出が無い場合、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。
- 届け出には介護保険被保険者証を添付してください（申請中の方を除く）。
- 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。

※小規模多機能型居宅介護事業所利用の場合

利用開始日 年 月 日

利用開始月の小規模多機能型居宅介護利用前の居宅サービス等利用有無

居宅サービス等の利用あり 居宅サービス等の利用なし

【市確認欄】

届 出 人	委任確認	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 同一住民票内		
	本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証（ ） <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険証（後期・国保・社保） <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	被保険者 個人番号 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）

本 庁 入 力 確 認	申請状況	事業所 連絡	受 付 入 力	被保険者証	受 付 印	
	(/) 新・更・区					<input type="checkbox"/> 発行済 <input type="checkbox"/> 申請中
	審査予定 (/) 第 審査会					