受付

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					
		年 月 日					
介護予防サービス計画作成を依頼（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							
事業所名			事業所番号				
所在地	〒		サービス計画作成開始日				
	電話番号 - -		年 月 日から				
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 - -					
<p>(宛先) 高崎市長</p> <p>上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画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します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>被保険者 住所 _____</p> <p>氏名 _____ 電話番号 (- -)</p> <p>提出代行者 住所 _____</p> <p>氏名 _____ 被保険者との関係 ()</p>							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">保険者確認欄</td> <td style="width: 20%;">☐ 被保険者資格</td> <td style="width: 20%;">☐ 届出の重複</td> <td style="width: 20%;">☐ 事業所番号</td> </tr> </table>				保険者確認欄	☐ 被保険者資格	☐ 届出の重複	☐ 事業所番号
保険者確認欄	☐ 被保険者資格	☐ 届出の重複	☐ 事業所番号				
		入力者	最終確認				

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第、速やかに高崎市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画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、変更前・変更後の事業者連絡のうえ、必ず高崎市へ届出をしてください。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 住所地特例の対象となる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。