

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

被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号									
フリガナ アキタ タロウ					1	0	0	0	X	X	X	X	X	X
秋 田 太 郎					個 人 番 号									
					生 年 月 日									
					大正		〇年 〇月 〇日							
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する介護予防支援事業者														
介護予防支援事業所名					事業所の所在地									
〇〇地域包括支援センター〇〇					秋田市〇〇三丁目X-X									
事業所番号					電話番号									
0	5	7	0	X	X	X	X	X	X	018 (XXX)XXXX				
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地域包括支援センター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場合のみ														
受託先の居宅介護支援事業所名					事業所の所在地									
〇〇居宅介護支援事業所					秋田市〇〇一丁目X-X									
事業所番号					電話番号									
0	5	7	0	X	X	X	X	X	X	018 (XXX)XXXX				
介護予防支援事業所等を変更する場合の理由等					※事業所を変更する場合のみ記入してください。									
申請の結果要介護から要支援に変更となったため。														
適用開始日(介護予防支援等 ※事業所を変更する場合は、					令和〇年 〇月 〇日									
(宛先)秋田市長					<p style="color: red; border: 1px solid red; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">契約を締結した日以降の日 (サービス開始日が含まれる日)としてください。</p>									
上記の介護予防支援事業者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。														
(届出年月日) 令和〇年 〇月 〇日					市に提出する日としてください。									
住所					秋田市〇〇二丁目X-X									
被 保 険 者					電話番号									
					018 (XXX)XXXX									
氏 名					秋 田 太 郎									
<input checked="" type="checkbox"/> 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あたり、被保険者の状況を把握する必要があるときは、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を、申請書に添付し、申請書に必要に応じて提示することに同意します。 <p style="color: red; border: 1px solid orange; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">内容を確認し、チェックを入れてください。</p>														
保 険 者 確 認 欄					<input type="checkbox"/> 入力済 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> その他()									

- (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の作成もしくは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秋田市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成また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者または介護予防支援も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、変更年月日を記入のうえ、必ず秋田市に届け出してください。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。