様式第25号

介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成依頼（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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 明・大・昭　　　　　　　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被保険者氏名 | | | | | | | | | | サービス開始（変更年月日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援を受託する居宅介護支援事業所  ※居宅介護支援事業所が介護予防支援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 | | | | | |  | | | | 居宅介護支援事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号　　　　　　　（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援事業所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。  変更年月日（令和　　　年　　　月　　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （宛先）大台町長  　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を依頼することを届け出ます。  　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日  住　所  被保険者  氏　名 電話番号　　　　 　　（　　　　　）  　 代筆者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　被保険者との関係  　　　　※被保険者が自署できない場合はご記入ください。印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 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居宅介護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  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　代筆者  　※被保険者が自署できない場合はご記入ください。 |

（注意） 1　この届出書は、要介護認定の申請時に、又は居宅サービス計画の作成を依頼する居宅介護支援事業所が決まり次第、速やかに大台町へ提出してください。

2　居宅サービス計画の作成を依頼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、必ず大台町へ提出してください。届け出のない場合、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 | □　被保険者資格  □　届出の重複 | 介護予防支援事業所番号 | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |