□ 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

| 区　　分 |
|---|
| 新規　・　変更 |

※太枠の中を記入してください。

| 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の作成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 | |
|---|---|
| 介護予防支援事業者の事業所名 | 介護予防支援事業所の所在地 |
| | 〒 |
| 事業所番号 | |
| | 電話番号 |

| 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<br>※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 |
| | 〒 |
| 事業所番号 | |
| | 電話番号 |

| 事業所を変更する場合の理由 |
|---|
| |

給付管理を開始する年月日を記入。
市への提出は、適用開始日の月末までに提出。

| 事業所適用開始（変更）年月日（※介護予防ケアマネジメント |
|---|
| 年　　月　　日 |

土佐清水市長　様

上記の事業者に介護予防サービス計画の作
ます。

年　　月　　日

サービス計画の作成の依頼を受けた日（契約日等）。
適用開始日と同日又は、適用開始日以前の日付。

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、要支援認定等の申請時に、又は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事業所等が決まり次第速やかに土佐清水市へ提出してください。
2　介護予防サービス計画の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、変更年月日を記入のうえ、必ず土佐清水市へ届け出してください。
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。

| 保険者確認欄 | □　被保険者資格　　□　届出の重複　　□　介護予防支援事業者事業所番号 |
|---|---|
| | |