

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

(宛先) 松本市長

受付印

下記のとおり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します。
記

1 届出（提出）日 令和 年 月 日

2 届出者（被保険者名等）

被保険者番号		個人番号	
被保険者住所			
フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
被保険者氏名		電話番号	

3 届出内容

適用（利用）開始日	令和 年 月 日から
担当する介護予防支援事業所名・地域包括支援センター	事業者名： 担当者：
	指定番号
	(指定番号を記入しない場合のみ、所在地・電話番号を記入してください。)
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	事業者名： 担当者：
	指定番号
	(指定番号を記入しない場合のみ、所在地・電話番号を記入してください。)
小規模多機能型居宅介護事業者の場合のみ、記入してください	小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス（居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。）及び地域密着型サービス（夜間対応型訪問介護、認知症対応型共同生活介護（短期利用型）に限る。）の利用の有無
	居宅サービス等の利用なし
	居宅サービス等の利用あり（利用したサービス：_____）

- (注意) 1 この届出書は、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が決まり次第速やかに松本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（地域包括支援センター）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、適用年月日を記入のうえ、必ず松本市に届け出てください。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。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の市町村の窓口へ提出してください。

市確認欄	入力日	年	月	日	地区
------	-----	---	---	---	----