

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	生年月日		性別
フリガナ		明・大・昭	年	月
	個人番号			
介護予防ケアマネジメントの種類について (いずれかの数字を○で囲んでください。)		1. 原則的な介護予防ケアマネジメント 2. 初回のみ介護予防ケアマネジメント		
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について、記入してください。				
地域包括支援センター名	地域包括支援センターの所在地		〒	
	電話番号 ()			
介護予防ケアマネジメントを委託する居宅介護支援事業者について、記入してください。 ※居宅介護支援事業者に介護予防ケアマネジメントを委託する場合のみ記入してください。				
居宅介護支援事業者の事業所名	居宅介護支援事業者の所在地		〒	
	電話番号 ()			
地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等について、記入してください。				
※変更する場合のみ記入してください。				
変更年月日 (年 月 日付)				
(宛先) 小牧市長 上記の地域包括支援センターに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。 年 月 日 住所 被保険者 電話番号 氏名				
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格			
	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター番号	□□□□□□□□□□		
	<input type="checkbox"/> 委託先居宅介護支援事業者番号	□□□□□□□□□□		

- (注意)
- この届出書は、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、速やかに介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を添えて小牧市へ提出してください。
 - 介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず小牧市へ届け出てください。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。
 - 住所地特例の対象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。