

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	個人番号	生年月日
居宅サービス計画等の作成について (2または3の数字を○で囲んでください)		1. 居宅介護支援（小規模多機能型居宅介護）事業者に依頼する 2. 事業者に依頼しない（被保険者が作成する） 3. 介護予防支援（介護予防小規模多機能型居宅介護）事業者／地域包括支援センターに依頼する	
介護予防サービス計画の作成を介護予防支援事業者に依頼する場合又は介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターに依頼する場合に、記入してください。			
事業者の事業所名	事業者の所在地	〒	
		電話番号	
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号	サービス開始（変更）年月日		
		年	月 日
事業者の変更理由等	※変更する場合のみ記入してください。		
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ください。			
事業者の事業所名	事業者の所在地	〒	
		電話番号	
居宅介護支援事業所番号	サービス開始（変更）年月日		
		年	月 日
居宅介護支援事業所の変更理由等	※変更する場合のみ記入してください。		
介護予防小規模多機能型居宅介護等の利用開始月における介護予防サービス等の利用の有無 ※介護予防小規模多機能型居宅介護事業者に変更する場合に、記入してください。			
<input type="checkbox"/> 介護予防サービス等の利用あり	利用したサービス		
<input type="checkbox"/> 介護予防サービス等の利用なし			
御殿場市 殿 上記の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ます。			
	年	月	日
	〒		
住所			
被保険者	電話番号		
氏名			
代理人	※届出者が被保険者から委任された代理人の場合に記入して下さい。		
委任年月日（	年	月	日）
	〒		
住所	被保険者との関係		
代理人	電話番号		
氏名			
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 居宅の重複	
	<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号		
	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所番号		

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