

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

| | | | |
|---|-------------|---|---------------------------------------|
| 区 分 | ※ 受 付 | <input type="checkbox"/> 葵福祉事務所（取次ぎ） | <input type="checkbox"/> 井川支所・井川診療所 |
| | | <input type="checkbox"/> 駿河福祉事務所 | <input type="checkbox"/> 長田支所 |
| 新規・変更 | | <input type="checkbox"/> 清水福祉事務所 | <input type="checkbox"/> () 保健福祉センター |
| | | <input type="checkbox"/> 清水福祉事務所蒲原出張所 | |
| 被 保 険 者 氏 名 | | 被 保 険 者 番 号 | |
| フリガナ | | | |
| | | 生 年 月 日 | 性別 |
| | | 年 月 日生 | 男・女 |
| 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 | | | |
| 地域包括支援センター名 | | 地域包括支援センター所在地 | |
| | | 〒 | |
| | | 電話番号 | |
| 事 業 者 番 号 | | | |
| 地域包括支援センターを変更する場合の事由等 (地域包括支援センターを変更する場合のみ記入してください。) | | | |
| 変更年月日： 年 月 日 | | | |
| (宛先) 静岡市長 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したことを届け出ます。 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"/> 届け出の重複 |
| | | <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号 | |
| 介護予防ケア マネジメント を委託する場 合の委託先居 宅介護支援事 業所 | 事業所番号 | | 事業所名称 |
| | | | |
| ≪注意事項≫ 1 ※印の欄は、記入しないでください。 2 この届出書は、あなたが介護予防ケアマネジメントを依頼した地域包括支援センターを把握するためのものです。地域包括支援センターが決まり次第、速やかに各区役所高齢介護課へ提出してください。 3 新規申請の場合は、この届出書に、被保険者証を添付してください。 4 届出のない場合、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。 5 介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センター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を変更するときは、変更前と変更後の事業者双方に連絡をとり、この届出書により必ず各区役所高齢介護課へ届け出てください。 6 (介護予防) 小規模多機能型居宅介護を受けるときは、別に定める届出書により必ず各区役所高齢介護課へ届け出てください。 | | | |

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

| | | | |
|---|-------|--|-------|
| 区 分 | ※ | <input type="checkbox"/> 葵福祉事務所（取次ぎ） <input type="checkbox"/> 井川支所・井川診療所 | |
| | 新規・変更 | 消せるボールペンや鉛筆などは使用しないでください。 | |
| | 受付 | <input type="checkbox"/> 清水福祉事務所蒲原出張所 | |
| 被 保 険 者 氏 名 | | 被 保 険 者 番 号 | |
| フリガナ | | | |
| | | 生 年 月 日 | 性別 |
| | | 年 月 日生 | 男・女 |
| 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 | | | |
| 地域包括支援センター名 | | 地域包括支援センター所在地 | |
| | | 〒 | |
| | | 電話番号 | |
| 事 業 者 番 号 | | | |
| 地域包括支援センターを変更する場合の事由等 (地域包括支援センターを変更する場合のみ記入してください。) | | | |
| 変更年月日： 年 月 日 | | | |
| (宛先) 静岡市長 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したことを届け出ます。 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"/> 届け出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号 | |
| 介護予防ケアマネジメントを委託する場合の委託先居宅介護支援事業所 | 事業所番号 | | 事業所名称 |
| | | | |
| ≪注意事項≫ 1 ※印の欄は、記入しないでください。 2 この届出書は、あなたが介護予防ケアマネジメントを依頼した地域包括支援センターを把握するためのものです。地域包括支援センターが決まり次第、速やかに各区役所高齢介護課へ提出してください。 3 新規申請の場合は、この届出書に、被保険者証を添付してください。 4 届出のない場合、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。 5 介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センター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を変更するときは、変更前と変更後の事業者双方に連絡をとり、この届出書により必ず各区役所高齢介護課へ届け出てください。 6 (介護予防) 小規模多機能型居宅介護を受けるときは、別に定める届出書により必ず各区役所高齢介護課へ届け出てください。 | | | |

地域包括支援センターを記入

地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを委託する場合は、委託先の居宅介護支援事業所を記入