|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書** | | | | | | | | | | | | | | | | 区分 | | | | | | | | | | | | | |
| 新規 ・ 変更 | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  |  |  | | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |
|  | |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性 別 | | | | | | | | | |
| 明・大・昭　　　 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号　0301500062  事業所名　　奥州市地域包括支援センター  所在地　　　〒023-8501　奥州市水沢大手町一丁目１番地  電話番号　　(0197)34-2199  事業者との契約日　　令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援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を受託する場合のみ記入してください。  事業所番号  事業所名  所在地　〒　　　－  電話番号　（　　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※　変更する場合のみ記入してください。  変更年月日  　（令和　　年　　月　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 奥州市長　宛  　　上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画の作成を依頼することを届け出します。  令和　　年　　月　　日  住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　（　　）  被保険者  氏　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄  (※記入不要) | □ 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |  | |
| (注意)１ この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに奥州市へ提出してください。  　　　2　　介護予防サービス計画の作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援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、必ず奥州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。 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※ 処理欄(記入不要) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入力日 | | | | | | | | | ／ | | | | | | |
| 受付 | | | | | 入力 | | | | | | | 確認 | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|