別記第6号様式(第21条関係)

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

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 新規 ・ 変更 |
| 被 保 険 者 氏 名 | 被 保 険 者 番 号 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  | 性　別 |
| 明・大・昭　　　　年　　 月　 　日 | 男・女 |
| 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）する事業者 |
| 居宅介護(予防支援)事業者事業所名 |  | 事業所の所在地 | 〒　　　 |
|  |  |
| 指定予防支援事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護予防支援・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を受託する場合のみ記入） |
| 居宅介護事業者事業所名及び担当介護支援専門員 | 事業所の所在地 | 〒 |
| 担当者(　　　　　　　　　　　　　　) | 電話番号　　　　(　　　) |
| 居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等　 　変更年月日(　　　　年　　月　　日付) |
| 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを変更する場合　変更年月日(　　　　年　　月　　日付)□介護予防支援へ変更　　　　　　□介護予防ケアマネジメントへ変更 |
| (あて先) 長　洲　町　長上記の居宅介護(介護予防)支援事業者にサービス計画の作成を依頼(変更)することを届け出ます。　　　　　　年　　月　　日　　　被保険者　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　(　　　)氏　名　　　　　　　　　　　 　　印　　　　　　　 代筆者　　　　　　　　　　　　　　　(続柄：　　　　) |
| 保険者確認欄 | □入力処理　　□被保険者証の交付　　□認定申請中　　□未納保険料（　有　・　無　） |

（注意）　１　この届出書は、介護予防サービス計画作成、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、速やかに被保険者証を添えて長洲町へ提出してください。

　　　　　２　介護予防支援、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所の変更、介護予防支援、介護予防ケアマ

ネジメントを変更するとき、変更理由等を記入し、長洲町へ届け出てください。

　　　　　３　サービス内容により、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの変更がある場合は居宅介護(予

防支援)事業所の代行により届け出ることができます。

　　　　　４　この届出書を提出しない場合、又は介護予防サービス計画、介護予防ケアマネジメントプランを作成

しないでサービス利用した場合は、サービスに係る費用を全額自己負担していただくこともあります。