

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

記入例

<input type="checkbox"/>	介護予防サービス計画作成届出書	上段にチェックをしてください		区分							
<input type="checkbox"/>	介護予防ケアマネジメント届出書	提出先: 墨田区		新規・変更							
被保険者氏名		被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7								
フリガナ	スミダ タロウ	個人番号	記入不要です								
墨田 太郎		生年月日	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 事業者								
		明・大・昭 ○年 ○月 ○日									
介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成を依頼（変更）する介護予防支援事業所											
介護予防支援事業所名		介護予防支援事業所の所在地	=								
〇〇居宅介護支援事業所		墨田区〇〇	介護支援事業所の変更等の場合は、「変更」に丸をつけてください								
		電話番号 ()									
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。											
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地	〒 —								
		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。											
(必要に応じて簡潔にご記入ください)		変更年月日	(年 月 日付)								
墨田区長 あて 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又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届出します。											
令和○年 ○月 ○日	記入日	サービス開始年月日 給付請求事務上、重要な日付です。 確認のうえ必ずご記入ください。									
住所	墨田区〇〇1-2-3	電話番号 3 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇									
被保険者氏名	墨田 太郎										
介護予防支援事業所記入欄	サービス計画開始（変更）年月日	令和○年 ○月 ○日									
	(事業者名)	〇〇居宅介護支援事業所	(介護予防支援事業所番号)								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
保険者確認欄											

青字部分をご記入ください。

(注意) 1 この届出書は、要介護2以上の方を支援するに所定の部署へ提出してください。
2 介護予防サービス計画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所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず届け出てください。(但し、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区市町村の窓口へ提出してください。)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。

(お問合せ先及び提出先)

墨田区介護保険課給付・事業者担当 電話番号 03(5608)6149(直通)

墨田区高齢者福祉課地域支援係 電話番号 03(5608)6178(直通)