

中川村介護予防支援計画作成・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 | |
| | | 0 | 0 7 |
| ----- | | 生 年 月 日 | |
| | | 大正 昭和 | 年 月 日 |
| | | 性 別 | |
| | | 男性・女性 | |
| 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(変更)する事業者 | | | |
| 事業者の事業所名 | | 事業所の所在地 | |
| 中川村地域包括支援センター | | 中川村大草4038-3 | |
| 委託先の事業所名 | | 委託先の事業所所在地 | |
| | | | |
| ※ 事業所を変更する場合の事由等(事業所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) | | | |
| 中川村長 | | | |
| 上記の居宅介護(介護予防)支援事業者に介護予防サービス計画の作成また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。 | | | |
| 令和 年 月 日 | | | |
| 被保険者住所 | | | |
| ----- | | | |
| 氏 名 | | | |
| ----- (印) | | | |
| 電話番号 () | | | |
| ----- | | | |
| 保険者確認欄 | | 居宅介護(介護予防)事業者事業所番号 | |
| <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 端末入力() | | 2 0 0 2 4 0 0 0 5 5 | |
| <input type="checkbox"/> 届出の重複 | | | |

(注意)

- この届出書は、総合事業利用申請時若しくは、介護予防サービス計画の作成または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役場福祉課へ提出をお願いします。
- 介護予防サービス計画の作成または介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず役場福祉課に届出をお願いします。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。