

様式第10号の3(第7条関係)

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 番 号			
		被保険者氏名	
		フリガナ	
		生年月日	
		年 月 日	
個 人 番 号			
		性別	
		男 ・ 女	
介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者			
事業所名		事業所の所在地	〒
(事業所番号……)		電話番号	
サービス開始(変更)年月日(年 月 日)			
介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者			
<small>※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。</small>			
事業所名		事業所の所在地	〒
事業所等を変更する場合の理由等		※変更する場合のみ記入してください。	
変更年月日(年 月 日付)			
(届出先) 東御市長 上記の事業所に介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)することを届出します。 年 月 日 住所 〒 被保険者 氏名 電話番号			
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複	

《同意・委任確認欄》 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が、介護予防支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該事業者に必要な範囲で提示することに同意します。 また、保険証の受領を上記の介護予防支援事業者及び地域包括支援センターに委任します。 年 月 日 氏名 (印)	
---	--

- 注 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、又は、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、必ず届出してください。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。