

介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書（指定居宅介護支援事業所用）

		区 分 新規・変更	
被 保 険 者 氏 名 フリガナ フジイデラ タロウ 藤井寺 太郎		被 保 険 者 番 号 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 個 人 番 号 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 生 年 月 日 大 (昭) ・ 平 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (○ 歳) 性 別 (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

サービスの内容により担当できる事業所が変わりますので、地域包括支援センターと連携の上、担当する事業所に☑を付けて提出してください。		介護予防支援事業所の所在地	
☒	〇〇ケアプランセンター	〒583-0035 藤井寺市岡1-1-1 事業所番号を記入	
	事業所番号	2 7 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	
☐	藤井寺市地域包括支援センター	〒583-0035 藤井寺市北岡1丁目2-8 電話番号 072-937-2641	
	事業所番号	2 7 0 3 4 0 0 0 1 6	

事業所を変更する場合		(※開始・変更年月日は必ず記入してください) (EX) 本人希望により依頼があったため など	
包括・介護予防支援事業所・本人と3者契約を実施した場合は、契約日を記載		開始・変更年月日 (令和 年 月 日付)	
藤井寺市地域包括支援センターとの契約状況について	三者契約	☒ 実施済【契約日 令和○年 ○月 ○日】 ☐ 未実施	
	包括からの受託契約 ※介護予防マネジメントを受託する場合のみ 記入してください	☒ 契約済 ☐ 未契約	
藤井寺市長 様 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) 〒583-0000 藤井寺市岡1-1-1 被保険者 電話番号 072(000)0000 (氏名) 藤井寺 太郎			
保険者確認欄	☐ 被保険者証資格 ☐ 介護予防 指定日 令和 年 月 日		

(注意)

- この届出書は、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藤井寺市へ提出してください。
- こちらの変更届出書は必ず利用月の月末までに藤井寺市に提出してください。
月をまたいで提出された場合は、月遅れ請求での対応をお願いします。
- サービスの利用状況により、給付管理票を作成する事業所が変更になる月は毎月、変更届出書を提出してください。
- 介護予防支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず藤井寺市に届け出てください。
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。
- 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市町村へ提出してください。

受付担当者 ()