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		
フリガナ			
	個人番号		
生 年 月 日 年 月 日	性別 男・女		
介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する地域包括支援センター			
地域包括支援センター名	事業所の所在地		
	電話番号		
事業所番号			
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			
受託先事業者の事業所名	事業所の所在地 〒		
	電話番号		
事業所番号	10000000000000000000000000000000000000		
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 (年月日付)		
宮古市長様			
上記の事業者に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。			
年 月 日	宮古市		
住 原	近		
届出者電話番号	2 ,		
氏	Z .		
保 険 者 確 認 欄 □ 被保険者資格 □ 事業所番号	届出の重複		

介護予防ケアマネジメントプランの作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者(ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者を含む)が介護予防ケアマネジメントの提供にあたり、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介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

年 月 日 氏名

- 注 1 この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所と契約を締結し次第、速やかに宮古市へ提出してください。
 - 2 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上、必ず宮古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。