様式第２号（第13条関係）

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |  | | | | 地域包括支援センターの所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | 電話番号　　(　 ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地域包括支援センター(介護予防ケアマネジメント事業所)番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | サービス開始(変更)年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | |  | |  | |  | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地域包括支援センター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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　(　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受託する居宅介護支援事業所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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 守山市長　あて  　　上記の地域包括支援センター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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | 住所  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 確認欄 | | | | * 被保険者資格　□　届出の重複 * 地域包括支援センター（介護予防ケアマネジメント事業所）番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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ときは、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・意見および主治医意見書を当該地域包括支援センターに必要な範囲で提示することに同意します。  　　年　　月　　日　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注意） 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等が決まり次第速やかに守山市へ

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地域包括支援センター（介護予防ケアマネジメント事業

者）また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

月日を記入の上、必ず守山市へ届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、

全額負担していただくことがあります。