

介護予防サービス計画作成・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	個人番号									
被保険者氏名					被保険者番号					
フリガナ										
					生年月日					
					明・大・昭					
					年 月 日					
介護予防サービス計画作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者 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										
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名				介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地				〒		
那覇市地域包括支援センター ()								電話番号()		
介護予防支援又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者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は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下さい。										
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()		
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等										
開始・変更年月日(年 月 日)										
<p>那 覇 市 長 様</p> <p>上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>被保険者 氏名 電話番号()</p>										
介護予防支援事業者事業所番号 (地域包括支援センター)										

- 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは介護予防サービス計画作成、又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、速やかに那覇市へ提出してください。
届出のない場合、サービスに係る費用の全額を自己負担していただく場合があります。
- 2 介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所(地域包括支援センター)を変更するとき、又は介護予防支援又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那覇市チャージャングリゅう課へ届け出てください。
- 3 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の窓口へ提出してください。

保険者記入欄			
申請状況	交付方法	入力者	入力日
	窓 郵 審 他		