

要支援1・2の方 の分を記入して下さい。

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

<input type="checkbox"/>	被保険者氏名		被保険者番号	
	フリガナ		0	0
			個人番号	
			生年月日	
		明治・大正・昭和	年	月
介護予防サービス計画作成・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				
<input type="checkbox"/>	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)		
事業所番号				
<input type="checkbox"/>	登録年月日(サービス開始年月日)		令和	年
		月	日	付
<input type="checkbox"/>	地域包括支援センターを変更する場合の事由等			
(宛先) 高槻市長				
上記の介護予防支援事業者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出します。				
令和 年 月 日				
被保険者	住所			
	氏名			
				電話番号

- (注意) 1 この届出書は、次のいずれかの方法で、高槻市(長寿介護課)へ提出してください。
- (ア) 依頼する事業所から提出。
 - (イ) 依頼する事業所に確認をもらったうえで、本人(家族)から提出。
- 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を登録するときは、登録年月日を記入の上、必ず高槻市(長寿介護課)へ提出してください。
- 提出のない場合、サービス利用に係る費用をいったん、全額負担していただくことがあります。

これより下欄は、記入しないでください。		受付印
①証回収: 有・無		
② 年 月 日証発行後、窓口にて交付済		
③ 年 月 日証発行後、郵送済 ※送付先変更(有・無)		
④有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
⑤作成者区分 (予防・介護)		
受取確認欄		
〔事業所名〕		〔氏名〕