

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	0	
			個 人 番 号			
			生 年 月 日			
		明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和		年	月	日
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)する介護予防支援事業所						
<input type="checkbox"/>	介護予防支援事業所名		介護予防支援事業所の所在地			
			〒			
			(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"/>	介護予防支援事業所を変更する場合の事由等					
<p>(宛先) 高 槻 市 長</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p>						
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]		