

介護予防サービス計画作成依頼（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				性別					
明・大・昭				年	月	日	男・女							
介護予防サービス計画作成を依頼(変更)する事業所														
事業所名				事業所の所在地										
事業所の事業所番号														
事業所を変更する場合の事由と変更年月日														
※ 変更する場合のみ記入してください。														
変更年月日（令和 年 月 日）														
小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無				※介護予防小規模多機能型居宅介護利用前の介護予防サービス（介護予防居宅療養管理指導及び介護予防特定施設入居者生活介護を除く）及び地域密着型介護予防サービス（介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護短期利用に限る）の利用の有無を記入してください。										
<input type="checkbox"/> 介護予防サービス等の利用あり（利用したサービス種類： ） <input type="checkbox"/> 介護予防サービス等の利用なし														
（宛先） 香美町長 様 上記の介護予防小規模多機能型居宅介護事業所に令和 年 月 日から介護予防サービス計画作成を依頼することを届出します。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 電話番号（ ）														
代理人 住所 氏名 電話番号（ ） 被保険者との関係（ ）														

（注意） 1 この届出書は、介護予防サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに香美町福祉課介護保険係へ提出して下さい。 2 介護予防サービス計画作成を依頼する事業所を変更するときは、変更事由を記入のうえ、必ず香美町福祉課介護保険係に届け出て下さい。届け出のない場合は、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。

町記入欄	提出	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送		
	本人確認 (代理人の本人確認)	写真有	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他()	
		写真無 (2種類)	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 医療保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()	
	代理権の確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の被保険者証など		
個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号(通知)カード <input type="checkbox"/> 住民票(個人番号有)など <input type="checkbox"/> 同意の上職員が確認			

受付