

(介護保険証を添付ください。)

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

										区分	新規・変更								
被保険者番号					個人番号														
0	0	0																	
被保険者氏名					生年月日														
フリガナ					明・大・昭 年 月 日														
介護予防サービス計画の作成を依頼(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																			
事業所(地域包括支援センター)名					所在地		〒												
					飯田市														
介護予防支援事業所番号					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ください。																			
居宅介護支援事業所名					所在地		〒												
居宅介護支援事業所番号					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理由 等 ※ 変更する場合のみ記入してください。																			
サービス開始(変更)年月日					年 月 日														
チェックリスト作成日					年 月 日														
飯田市長 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の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。 年 月 日																			
住所 飯田市																			
被保険者氏名					電話番号 ()														
					(署名又は記名押印)														
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 事業所番号 <input type="checkbox"/> チェックリスト																	

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成又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飯田市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所(地域包括支援センター)又は介護予防支援若しく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うえ、必ず飯田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。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設住所地の市町村の窓口へ提出してください。

本人・代理人	身元確認	一号書類(1点で可) 個カ・免・パ・在・住カ 身・他()	二号書類(2点) 保・介・受給証 年手・他()	(左記と組合せ) 学証・社証・診 他()	聞取り確認事項	法人の場合 <input type="checkbox"/> 登記事項証明 <input type="checkbox"/> 社員証	確認者 /
	番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 保有特定個人情報 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住基検索 <input type="checkbox"/> 個人番号記載住民票・記載証明事項	代理確認	<input type="checkbox"/> 法定(戸・住・成後・他) <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の一号/二号書類 ()			