

居宅・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	
被保険者氏名			被保険者番号			
フリガナ						
			個人番号			
			生年月日			
			年	月	日	
居宅介護・介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者又は 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						
事業所名又は地域包括支援センター名			事業所の所在地又は地域包括支援センターの所在地			
			電話番号 ()			
事業所等を変更する場合の理由等			※ 事業所等を変更する場合のみ記入してください。			
			変更年月日 (年 月 日付)			
(あて先)甲府市長 居宅介護支援事業者 上記の 介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に 居宅介護サービス計画の作成 介護予防サービス計画の作成又は を依頼 介護予防ケアマネジメント することを届け出します。 年 月 日 被保険者 住 所 氏 名 電話番号 ()						
保険者確認欄		☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 小規模多機能型・複合型サービス事業所以外 ☐ 居宅介護支援事業所番号 ☐ 介護予防支援事業所(地域包括支援センター)番号				
(注意)1 この届出書は、要介護・要支援認定申請時に、若しくは居宅介護サービス計画・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、甲府市へ提出してください。 2 居宅・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居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず甲府市へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦全額自己負担していただくことがあります。 3 この届出書により届出された事業所等に、甲府市からも確認させていただくことがあります。 4 住所地特例の対象となる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。 ※ 編入前の中道町地域に居住する方は、中道支所、上九一色地域に居住する方は上九一色出張所でも提出できます。						
受 付	端末入力	被保険者証	申請者	申請区分	住所地特例	
		回収済	家 族	要介護	住特(他)	
		未回収	事業所	要支援	住特(当)	
		申請中	その他	事業対象者	該当無	