居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出書

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）

|  |
| --- |
| 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 |
| 要介護状態区分（いずれかにレ印） |
| □要支援１　　□要支援２　　□事業対象者　　　　　□認定申請中（新規　・　変更）□要介護１　　□要介護２　　□要介護３　　　　　　□要介護４　　□要介護５　　 |
| 居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者 |
| 居宅介護の場合 | 介護予防の場合 |
| 事業所名 | 事業所番号（　　　　　　　　　　） | 甘楽町地域包括支援センター事業所番号（１００２４０００３２） |
| 住　　所 |  | 甘楽町大字小幡１６１番地１ |
| 電話番号 |  | ７４－３１３１ |
| 事業所を変更する場合の事由等（事業所を変更する場合のみ記入してください）変更年月日（平成　　年　　月　　日） |
| （あて先）甘楽町長　様　上記の居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者に居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼することを届け出します。　　平成　　　年　　　月　　　日住所被保険者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　(　　　)氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 保険者確認欄 | 対 応 日　　平成　　　年　　　月　　　日　　処理者（　　　　）□資格者証受付方法　　□窓口　　□その他（　　　　）□被保険者資格　　　□届出の重複 |
| 備考 |
|  |

（注意）１ この届出書は、居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに

|  |  |
| --- | --- |
| 甘楽町健康課介護保険係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を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず甘楽町健康課介護保険係に届け出してください。届け出のない場合は、サービスに係わる費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。 |  |
|  |