

# 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

		認定区分	区分
		要支援1、2・事業対象者	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			
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名		介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地	〒 -
		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		居宅介護支援事業所の所在地	〒 -
		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 日付)	
宇部市長 様			
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。			
平成 年 月 日			
住所			
電話番号 ( )			
被保険者			
氏名		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"/> 介護予防支援事業者事業所番号		

- (注意) 1. この届出書は、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が決まり次第速やかに宇部市へ提出してください。
2. 介護予防サービス計画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、必ず宇部市に届出をしてください。届出のない場合、サービスにかかる費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
3. 住所地特例の対象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。

指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第4条及びそれに準ずる介護予防ケアマネジメントに関する事項の確認欄

平成 年 月 日

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの提供開始に当たり、利用者に対して重要事項を記した文書を交付して説明を行いました。

事業者説明者 所属・職名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

私は、重要事項を記した文書に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの提供開始に同意します。

利用者 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

利用者家族 続柄 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

- (注意) 1. 利用者、家族いずれかの署名、押印で可とします。  
2. 利用者、家族持参の場合は上記欄の利用者、家族の署名、押印の省略を可とします。  
3. 事業者において、利用者から上記内容に相当する同意書を取る場合は、その写しで可とします。その場合は、事業者説明者の署名、押印及び利用者又は家族の署名、押印は必須とします。なお、介護保険法23条に基づき原本の提出を求める場合があります。

以下は記入しないでください(市処理欄)。

届出者	<input type="checkbox"/> 本人
	<input type="checkbox"/> 家族(続柄 _____ 氏 名 _____)
	<input type="checkbox"/> 事業者

市受付日	受付者	入力日	入力者	被保険者証記載

平成28年4月