

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	被 保 険 者 番 号
フリガナ	
	個人番号
氏名	
	生 年 月 日 性 別
	明治・大正・昭和 年 月 日 男 ・ 女
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	
地域包括支援センター名及び事業所番号	
地域包括支援センターの所在地	
〒	
電話番号 ()	
依頼する地域包括支援センターが変更となる場合の事由等 (*依頼する地域包括支援センターが変更となる場合のみ記入してください)	
変更年月日 (平成 年 月 日付)	
揖斐広域連合長あて	
<p>上記の地域包括支援センターに介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。また、介護予防ケアマネジメントのため必要がある時は、揖斐広域連合が保有する認定調査票及び主治医意見書の写しを上記地域包括支援センターに提供すること及び上記地域包括支援センターが主治医意見書を記載した医師に認定結果及びケアマネジメント結果等記録表の写しを提供すること、並びにケアマネジメント結果等記録表に位置づけられたサービスを行う事業者(ボランティアを含む)がサービス提供上必要とするときは、ケアマネジメント結果等記録表の写しを提供することに同意します。</p>	
平成 年 月 日	
被保険者 住 所	
氏 名	
電話番号 ()	

- (注意) 1 上記の太枠内に記入してください。
 2 この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センターが決まり次第、速やかに揖斐広域連合へ提出してください。
 3 介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センターが変更となるときは、変更年月日を記入の上、必ず揖斐広域連合に届出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

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"/> 入力済み	<input type="checkbox"/> 支援 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> その他	受付 年 月 日 窓口 <input type="checkbox"/> 揖斐川町 <input type="checkbox"/> 大野町 <input type="checkbox"/> 池田町
--	---	--