第３号様式（第６条関係）

　　　　　　　　　　　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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |  | | 地域包括支援センターの所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | 〒  電話番号　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | サービス開始（変更）年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  |  | | |  | | | |  | | |  | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 柏崎市長　様  　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。  　　　年　　月　　日  　　　　　住　所  被保険者  　　　　　氏　名　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 確認欄 | | | □被保険者資格　□届出の重複  □地域包括支援センター番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | |  |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防サービス・支援計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防ケアマネジメントの提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容・介護認定審査会による認定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。  年　　月　　日　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注意）１ この届出書は、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柏崎市へ提出してください。

　　　　２ 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上、必ず柏崎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、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。