

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	
ツガナ			
		生 年 月 日	性 別
		明・大・昭	男・女
		年 月 日	
居宅サービス計画作成を依頼(変更)する事業者			
事業所名		所在地	〒
<input type="checkbox"/> 篠山市東部地域包括支援センター		篠山市小田中220-2	
		電話番号 079 (558) 0324	
事業所名		所在地	〒
<input type="checkbox"/> 篠山市西部地域包括支援センター		篠山市網掛301	
		電話番号 079 (594) 3776	
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)	
篠 山 市 長 様			
上記の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け出します。			
平成 年 月 日			
住 所			
被 保 険 者		電 話 番 号 ( )	
氏 名			
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"/> 地域支援センター事業所番号	

(注意)

- 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篠山市へ提出してください。
- 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を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず篠山市に届け出てください。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。
- 住所地特例の対象となる施設に入所中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。