様式第２８号

**居宅介護（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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
|  | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  |
| 生　年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | | | |
| 明・大・昭　年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 居宅介護（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者  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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 | |  | 事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 〒　　　－  電話番号　　　（　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日（　　　年　　　月　　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 十津川村長　様  　　上記の居宅介護（介護予防）支援事業者（地域包括支援センター）に居宅介護（介護予防）サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）することを届け出ます。  平成　　年　　月　　日  　　　被保険者 住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　）  　　　　　　　　　氏　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | □被保険者資格　　　□届出の重複  □事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | |

|  |
| --- |
| 居宅介護（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者が居宅介護（介護予防）支援の提供にあたり、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判定結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護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、要介護（要支援）認定の申請時に、若しくは、居宅介護（介護予防）サービス計画の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十津川村へ提出してください。

２　居宅介護（介護予防）サービス計画の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十津川村に届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。