様式第16号(第14条関係)

予　防

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

個人番号		区分 新規　・変更
被保険者氏名		被保険者番号
フリガナ		
		生年月日 年　月　日
介護予防サービス計画の作成を依頼(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		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 (　年　月　日付)		
吉岡町長　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の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。 年　月　日 被保険者　〒　—　住所　電話番号　(　)　氏名		
※介護予防サービス給付管理期間開始日	年　月　日～	
保険者確認欄	□被保険者資格　□届出の重複 □介護予防支援事業者事業所(地域包括支援センター)番号	

(注意)　1　この届出書は、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等が決まり次第速やかに吉岡町役場健康福祉課介護高齢室へ提出してください。

2　介護予防サービス計画の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、必ず吉岡町役場健康福祉課介護高齢室へ届け出てください。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。

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。

受付	入力	照合