

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

新規：初めて居宅介護支援を利用する場合、要介護から要支援に変更となった場合
 変更：事業所を変更した場合

										区分	新規	変更
被保険者氏名					被保険者番号							
フリガナ オオガキ タロウ					0 2 0 0 0 * * * * *							
大垣 太郎					個人番号							
					生年月日							
					明・大・昭 * 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							
地域包括支援センター〇〇					〒 503-**** 大垣市〇〇町〇〇丁目〇〇番地 電話番号 0584-**-****							
担当者又は 担当ケアマネジャー (〇〇 〇〇)					担当者（直営の場合は 担当ケアマネジャー） の氏名を記入してくだ さい。							
事業所 番号 * * * * *					小規模多機能型居宅介護の利用開始月 における居宅サービス等の利用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無							
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					居宅介護支援事業所の所在地							
〇〇介護支援事業所					〒 503-**** 大垣市〇〇町〇〇丁目〇〇番地 電話番号 0584-**-****							
担当ケアマネジャー (〇〇 〇〇)					担当ケアマネジャーの 氏名を記入してくだ さい。							
事業所 番号 * * * * *					電話番号 0584-**-****							
適用開始年月日 (ケアプラン作成・ケアマネジメント開始年月日)					令和 * 年 * 月 * 日							
<input checked="" type="checkbox"/> 要介護認定の新規申請のため					<input type="checkbox"/> 要介護度等の見込み違いのため							
<input type="checkbox"/> 要介護度の変更（見込み）のため					<input type="checkbox"/> 施設等から退所するため							
<input type="checkbox"/> 本人希望のため					適用開始年月日を記入 してください。 空白の場合、市受付日 (受付印の日付)を適 用開始日として登録し ます。							
<input type="checkbox"/> その他 (該当する理由を選択、 記入してください。)												
大垣市長 様										受付印		
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。												
令和 * 年 * 月 * 日					被保険者がサインした 日を記入してください。							
被保険者住所					被保険者本人の住所、氏名、電話番号を記入し てください。（必ず自署してください。） なお、被保険者本人が自署できない場合、親族 等による代筆も可です。その場合、代筆された 方の氏名と被保険者との関係を記入してくだ さい。							
氏名 大垣 太郎					電話番号 0584-**-****							
(代筆の親族等) 氏名 大垣 花子					続柄等 (妻)							
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が介護予防支援の提供に当たり、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。												
令和 * 年 * 月 * 日					被保険者 氏名 大垣 太郎							
当該同意について、被保険者本人の氏名を記入 してください。（必ず自署してください。） なお、被保険者本人が自署できない場合、親族 等による代筆も可です。					代筆の親族等) 氏名 大垣 花子 続柄等 (妻)							
届出書写し 授受確認欄					窓口に来られ た方の氏名		〇〇 〇〇		事業所控え（本届出書の写し）を授 受する方の氏名を記入します。 郵送の場合は、担当ケアマネジャー の氏名を記入してください。		授受日 令和 * 年 * 月 * 日	
									窓口で受領した日を記入します。 郵送の場合は、空白で提出してください。			

(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大垣市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、必ず大垣市へ届け出てください。

3 住所地特例の対象となる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。

(問い合わせ先) 大垣市 介護保険課 電話：0584-47-7406 (直通)

