様式第２号（第10条関係）

**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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | | |  | |
|  | | | | 個 人 番 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性　別 | | | | | | |
| 年　　 月　 　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | | | | |
| 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）する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護(予防支援)事業者事業所名 | |  | 事業所の所在地 | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定予防支援事業所番号 | | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |
| 介護予防支援・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を受託する場合のみ記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護事業者事業所名及び担当介護支援専門員 | | | 事業所の所在地 | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当者（　　　　　　　　　　　　　　） | | | 電話　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等　 　変更年月日（　　　　年　　月　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを変更する場合　変更年月日（　　　　年　　月　　日付）  □介護予防支援へ変更　　　　　　□介護予防ケアマネジメントへ変更 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （あて先） 阿　蘇　市　長　様  上記の居宅介護（介護予防）支援事業者にサービス計画の作成を依頼（変更）することを  届け出ます。  　　年　　月　　日  　　　　　　　　住　所  　　　被保険者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　　）  氏　名　　　　　　　　　　　 印  　　　　　　　 　代筆者　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | * 入力処理　 　　□被保険者証の交付　　 　□ 認定申請中 * 未納保険料　（　有　・　無　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注意）１　この届出書は、介護予防サービス計画作成、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、速やかに被保険者証を添えて阿蘇市へ提出してください。

　　　　２　介護予防支援、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所の変更、介護予防支援、介護予防ケアマネジメントを変更するとき、変更理由等を記入し、阿蘇市へ届出てください。

　　　　３　サービス内容により、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの変更がある場合は

　　　　　居宅介護（予防支援）事業所の代行により届け出ることができます。

　　　　４　この届出書を提出しない場合、または介護予防サービス計画、介護予防ケアマネジメントプランを作成しないでサービスを利用した場合は、サービスに係る費用を全額自己負担していただくこともあります。