**介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **※太線の枠内についてご記入ください。** | | | | | | | | | | **区分** | | | | | | | **新規　　　・　　　変更** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **被保険者氏名** | | | | | | | | | | **被保険者番号** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | **個人番号** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| **生年月日** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 明・大・昭・西暦　　　　　　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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **介護予防支援事業所名** | | | | |  | | | | | | | | | **所在地** | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | **電話番号** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **介護予防支援事業所番号** | | | | | | | | | | | | | | **計画作成開始（変更）年月日** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  | | | 令和　　　　年　　　　　月　　　　日より | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **介護予防支援実施にかかる『包括的な委託』の有無** | | | | | | | | | | | | | | **第１号介護予防支援を担当する地域包括支援センター** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **有** | | | | | | **無** | | | | | | | | **【　　　　　　　】地域包括支援センター** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **介護予防支援事業所等を変更する場合の理由等　※変更する場合のみ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **以下は居宅介護支援事業者が地域包括支援センターから介護予防支援を受託する場合のみ記入してください** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **居宅介護支援事業所名** | | | | |  | | | | | | | | | **所在地** | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | **電話番号** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **居宅介護支援事業所番号** | | | | | | | | | | | | | | **計画作成開始（変更）年月日** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  | | | 令和　　　　年　　　　　月　　　　日より | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **居宅介護支援事業所等を変更する場合の理由等　※変更する場合のみ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （あて先）　宝塚市長  　上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画の作成を依頼することを届け出します。  　令和　　　年　　　月　　　日  **被保険者**　**住所**  **氏名** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（ご注意）１　この届出書は、要支援認定の申請時に、又は介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに宝塚市へ提出してください。

　　　　　２　計画の作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援を委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、必ず宝塚市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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務処理欄 | 受付印 |  | 受付担当 |  | □　被保険者証に記載  □　資格者証に記載  □　本人、家族が届出／事業者へ連絡　□未　□済  □　介護予防支援事業者等が届出 |