**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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | |  | |  | |  | | | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | |
| □（介護予防支援事業者番号） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | |
| □（居宅介護支援事業者番号） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |
| 介護予防支援事業所又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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※変更する場合のみ記入  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　変更年月日  （　　　　　　年　　　月　　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （あて先）日　野　市　長  　　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  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者  記入欄 | | | | | ・認定区分　　　（　新規 ・　更新　・　区分変更　・　要支援要介護） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・認定有効開始日（　　　年　　月　　日　 ～　　　年　 　月　 　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・要介護度（　　　　）　　入力日（　　　年　　月　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（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

次第速やかに日野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（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、必ず日野市へ届け出てください。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。