

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

介護申請中	利用種別	予防給付	総合事業
被保険者氏名	被保険者番号		
フリガナ			
【表面】赤枠は必須 青枠は委託時のみ記入	生年月日		
	明・大・昭	年	月 日

介護予防支援事業所	契約等の発効年月日	年 月 日
名称		
事業所番号		
所在地	〒	
電話番号		
委託先事業所		
名称		
事業所番号		
所在地	〒	
電話番号		

平塚市長 様

- 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ます。
- 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又は介護予防ケアマネジメントの提供にあたり、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。

年 月 日

被保険者 住所

（自署）氏名

介護予防支援事業所担当者	市処理欄	被保険者証	入力日（ / ）
		回収 認定担当へ提出済 未収	発送日（ / ）

- （注意）
- 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平塚市へ提出してください。
  - 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、必ず平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、全額負担していただくことがあります。
  - 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。

## 連絡票

	現在	区分・経緯		
<b>①</b> または のいずれかに☑	事業対象者	新規	にチェックした場合は、またはが必須、は必須	
		要支援 事業対象者		
		サービス開始予定日		年 月 日
		基本チェックリスト実施日		年 月 日
	新規	要支援者	新規	にチェックした場合は、またはが必須に記入またはに☑は必須
			事業対象者 要支援	
			要介護 要支援	
		認定有効期間 (介護申請中は記入不要)	年 月 日 ~ 年 月 日	
		介護申請中		
		サービス開始予定日 変更年 月 日	年 月 日	
変更	住所地の変更 介護予防支援(委託)等 その他(	のいずれかに☑ は必須	変更年 月 日 ----- 年 月 日	
被保険者証再交付理由				
被保険者証を紛失 被保険者証の包括記載欄が空欄 介護保険課に提出済 被保険者証の記載内容に誤りがある 被保険者証に更新前の旧情報が掲載 その他(		被保険者証を添付しない場合は いずれかに☑		
利用サービス				
総合	訪問型サービス	通所型サービス		
予防	訪問看護 その他(	通所り八	使用するサービスに☑	
特記事項				
居宅介護支援事業所( )と連携中 住所地特例 (保険者: ) その他 ( )		記載することがあれば記入		
居宅事業所からの連絡が遅れたため (事業所名: ) (連絡日: )				