様式第２号(第１２条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |  | | | | | | | | | 介護予防支援事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | | | 〒 | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号 | | | | | | | | | | | | | | | | サービス開始（変更）年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １ | ９ | ０ | ０ | | ３ | ０ | | ０ | | ０ | | １ | | １ | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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ケアマネジメントを受託する場合のみ記入して下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所名 | | | | | | |  | | | | | | | | | 居宅介護支援事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援事業所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してください。  変更年月日　　(　　　年　　月　　日付) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （宛先）甲州市長  　上記の介護予防支援事業者に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。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　住　　所  　　　　　　　　被保険者　氏　　名  　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者  確認欄 | | | | □　被保険者資格　　□　届出の重複　　□　被保険者証  □　介護予防支援事業者事業所番号  入力日　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | １ | | ９ | | ０ | | ０ | | ３ | ０ | | ０ | | ０ | | １ | | １ |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、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、および主治医意見書と同様に、利用基本情報、アセスメントシート、基本チェックリストを委託介護支援業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係者に提示することに同意します。  　　　　　　　　　年　　月　　日　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注意　１ この届出書は、総合事業利用の申請時に、若しくは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甲州市へ提出してください。  　　　２ 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上、必ず甲州市に届け出てください。届出のない場合は、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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |