別記様式第１号(第７条関係)

介護保険　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 | 性別 |
| 　　　　年　　月　　日生 | 男　・　女 |
| 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 |
| 地域包括支援センター名 | 地域包括支援センターの所在地 | 〒 |
| 　 | 電話番号 |
| 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とき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 |
| 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理由等 |
| ※事業所を変更する場合のみ記入してください。　変更年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　年　　　月　　　日付け) |
| 　登別市長　　　　様　上記の地域包括支援センターに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　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　被保険者　　　　氏名 |

※この欄は記入しないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 保険者確認欄 | 　□　被保険者資格　　□　届出の重複　□　地域包括支援センター番号 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |

(注意)1　この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センターが決まり次第、速やかに登別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地域包括支援センターを変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず登別市に提出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を、全額自己負担していただくことがあります。