

※赤字箇所を記入

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

減算適用 無し 高齢者虐待防止措置未実施減算 業務継続計画未策定減算

新規・変更

被保険者氏名		被保険者番号		0	0	1	1	1	2	2	3	3	3		
フリガナ <u>カガハ タロウ</u>		個人番号		1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4
川場 太郎		生年月日		昭和		〇〇	年	〇	月	〇	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															
事業所名	川場村地域包括支援センター 指定介護予防支援事業所		事業所番号												
			1	0	0	2	7	0	0	0	2	7			
所在地	〒378-0101 利根郡川場村大字谷地 2410-1 電話番号 0278-50-1425		サービス計画の作成開始日												
			令和		〇	年	〇	月	〇	日から					
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								
〇〇〇〇〇 〇〇居宅介護支援事業所							〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市町村△△△ □□□□番地 電話番号〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇								
(宛先) 川場村長 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。 令和 〇年 〇月 〇日															
被保険者		住所 <u>川場村〇〇 〇〇番地</u>					電話番号 (〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)								
提出代行者		住所 <u>〇〇市町村△△△ □□□□番地</u>					氏名 <u>〇〇 〇〇〇</u> 被保険者との関係 (<u>介護支援専門員</u>)								
保険者確認欄 <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 事業所番号															
							入力者				最終確認				

- ※ 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、速やかに川場村へ提出してください。
- 2 介護予防サービス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ならびに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上、必ず川場村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。
- 3 住所地特例の対象となる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。
- 4 事業所が減算適用されている場合は、速やかに申告してください。また減算が確認された場合、基準を満たさない状態まで遡及して減算適用される場合があります。