

介護予防サービス計画作成依頼（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				
					明・大・昭 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														
事業者番号						介護予防支援事業所の所在地								
介護予防支援事業所名					〒									
					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を受託する場合のみ記入してください。														
事業者番号						居宅介護支援事業所の所在地								
居宅介護支援事業所名					〒									
					電話番号 ()									
介護予防支援事業所または居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 ※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)														
平群町長 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を依頼することを届け出します。 年 月 日 (適用年月日 年 月 日) から適用する。 住所 電話番号 () 被保険者 氏名														
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 氏名														

- (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに平群町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、必ず平群町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、全額自己負担していただくことがあります。