|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **予防** | | | **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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | | | | | | | | | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |
| 明・大・昭 | |  | | 年 |  | 月 |  | 日 | |
| 要介護  状態区分等（該当の区分を○で囲むこと） | | 事業対象者  要支援１・要支援２ | | | | 認定有効期間又は事業対象者開始日 | | | **令和　 年　　月　　日** | | | | | | | | | から | | | **令和 　年　　月　　日** | | | | | | | | | | | まで |
| ※利用開始日にあたる有効期間を記入すること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成を依頼（変更）する事業所

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス利用開始年月日（変更年月日） | | | | | 令和 | | | | | |  | | | | | 年 | | |  | | | 月 | | |  | | | 日 | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援事業者  名・所在地 | | |  | 事業所番号 |  | |  | |  | | |  | | | | |  | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |
| 事業所名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地　〒 | | | | | | | | | | | | | | ☎　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地域包括支援センターから受託する居宅介護支援事業者名・所在地 | | |  | 事業所番号 | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 事業所名　※受託する場合のみ記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地　〒 | | | | | | | | | | | | | | | ☎　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等変更事由 | | **※ 変更する場合は必ず記入** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 要介護及び事業対象者から、要支援及び事業対象者に要介護状態区分が変わった為 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| □ 介護予防支援から介護予防ケアマネジメントに変わった為 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| □ 介護予防ケアマネジメントから介護予防支援に変わった為 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| □その他（ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 大牟田市長　様 | | | | | | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者）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（変更）することを届出します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者住所 | | | | | 〒 | | | | | | | | | | |  | |
| 氏名 | | | | |  | | | |  | |  | | | | | | |
| 提出者 | | 氏名 | | | ※ 被保険者本人の場合は記入不要 | | | | 被保険者との関係 | | | |  | | | | |
|  | | ☎　　（　　　　） | | | | | | |
| 注 意 | 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すみやかに大牟田市へ提出してください。  ２．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者等を変更する時は、変更年月日を記入のうえ、必ず大牟田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。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市記入欄 | | | 入力日 | 保険証 | | 受付印 | 入力印 | 照合印 | | 包括確認欄 | | 担当記入欄 | | 届出区分 | 負担割合証 | | |
|  | 記載  発行  訂正 | |  |  |  | |  | | 新規  変更 |  | | |

令和7年4月