

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

|                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                       |  |  |                                 |  |  |  |  |       |     |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------|--|--|--|--|-------|-----|--|--|--|
|                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                       |  |  |                                 |  |  |  |  | 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 |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                       |  |  | 大・昭 年 月 日                       |  |  |  |  |       |     |  |  |  |
| 介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者<br>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<br>地域包括支援センター名                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                       |  |  | 介護予防支援事業所の所在地<br>地域包括支援センターの所在地 |  |  |  |  | 〒     |     |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                       |  |  | 電話番号（ ）                         |  |  |  |  |       |     |  |  |  |
| 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<br>※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ください。                                                                                             |  |                                                                                                                       |  |  |                                 |  |  |  |  |       |     |  |  |  |
| 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若しくは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<br>※変更する場合のみ記入してください。                                                                                                                 |  |                                                                                                                       |  |  |                                 |  |  |  |  |       |     |  |  |  |
| 変更年月日<br>(令和 年 月 日付)                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                       |  |  |                                 |  |  |  |  |       |     |  |  |  |
| 宮津市長 様<br>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。<br>令和 年 月 日<br>住 所<br>被保険者 電話番号（ ）<br>氏 名                                                             |  |                                                                                                                       |  |  |                                 |  |  |  |  |       |     |  |  |  |
| 保険者確認欄                                                                                                                                                                              |  | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複<br><input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号 |  |  |                                 |  |  |  |  |       |     |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                       |  |  |                                 |  |  |  |  |       |     |  |  |  |
| 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）する介護予防支援事業者（地域包括支援センター）がサービスの提供にあたり、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事業者に必要な範囲で提示することに同意します。<br><br>令和 年 月 日 氏名 |  |                                                                                                                       |  |  |                                 |  |  |  |  |       |     |  |  |  |

(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速やかに宮津市健康福祉部地域福祉介護課介護給付係へ提出してください。

2 介護予防サービス計画の作成若しくは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（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しく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所を変更するときは変更年月日を記入のうえ、必ず宮津市健康福祉部地域福祉介護課介護給付係へ提出してください。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。

※宮津市確認欄 【受付者： 】

|                                            |                                                           |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 令和 年 月 日 【受付】窓口（本人・代理人（個・免・健・他( )）・郵・連）    |                                                           |
| マイナンバー確認方法                                 |                                                           |
| 身元(実存)確認方法                                 |                                                           |
| 個人番号カード<br>通知カード<br>個人番号付き住民票<br>確認なし（理由 ） | 1 種類<br>個人番号カード 運転免許証 パスポート 障害者手帳<br>その他（ ）               |
|                                            | 2 種類<br>介護保険証 健康保険証（資格確認書・資格情報のお知らせ）<br>福祉医療証 年金手帳 その他（ ） |