

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
	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

介護予防支援事業所名	介護予防支援事業所の所在地 〒
	電話番号
介護予防支援事業所番号	サービス開始（変更）年月日
	年 月 日

介護予防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。

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。

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
居宅介護支援事業所番号	サービス開始（変更）年月日
	年 月 日

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。

北栄町長 手嶋 俊樹 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ます。

年 月 日

〒

被保険者 住所

電話番号

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当たり、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、又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北栄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上、必ず北栄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。

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"/> 介護予防支援事業者事業所番号

【 申請書を提出する人 】 ※申請者が被保険者本人の場合、記載不要です。

該当欄に <input checked="" type="checkbox"/> をし、氏名等 記載してください		<input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 代理人 (<input type="checkbox"/> 委任状なし <input type="checkbox"/> 委任状あり <input type="checkbox"/> 登記事項証明)	
氏名		本人との関係	
住所	<input type="checkbox"/> 被保険者本人と同じ <input type="checkbox"/> 下記委任状と同じ 〒		電話番号 ()

【提出代行者についての記載欄】

提出代行者	住所または施設等の所在地	〒 TEL	代行施設等 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 指定介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他 ()
	氏名または施設等の名称 (※施設等の場合は 担当者名も記載)	<input type="checkbox"/> (印) <u>※施設等による提出代行の場合のみ施設印を 押印</u>	
	申請者との関係		

【委任状】

委任者 (被保険者)			
住所	〒	私は下記の者を代理人とし、居宅サービス計画作成依頼に関する手続きを委任します。 年 月 日	
氏名	(印)		
生年月日	年 月 日		
代理人 (委任者に代わって手続きをする人)			
住所	〒	代理人が介護サービス事業所の場合は、所属する事業所名等も以下に記入してください。	
氏名		施設名	
電話番号		住所等	
関係			

【北栄町記入欄】 身元確認書類 (顔写真付き1点/写真なし2点)		
身元確認 (本人・代理人) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 個番カード <input type="checkbox"/> (身体障害・療育・精神障害保健福祉)手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()	代理権 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明 (成年後見等) <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> その他 ()	個人番号 <input type="checkbox"/> 個番カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム