

様式第5号（第8条関係）

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届出書

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			
				年 月 日									
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者 介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センター													
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名				介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地						〒			
				電話番号									
矢掛町長 様													
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。													
年 月 日													
被保険者 住所													
氏名 電話番号 ()													
確認欄		☐ 被保険者証資格 ☐ 届出の重複 ☐ 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を依頼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。

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矢掛町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。
- 2 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様式をご使用ください。