

介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書[住所地特例対象者] 記入例

個人番号の記入が困難な場合は、
記入がなくても提出できます。

どちらかに○をつけてください。
(区分変更及び事業所の変更の
場合は「変更」)

介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書 【住所地特例対象者】

[品川区福祉部高齢者福祉課提出用]

| | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------------|--------|-------------------------------------|------|---|----|------------------------------------|-------------------------|---|---|---|
| | | 区分 | | | | | | | | | |
| | | 新規 | <input checked="" type="radio"/> 変更 | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | |
| フリガナ シナガワ タロウ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 品川 太郎 | 個人番号 | | | 生年月日 | | 性別 | | | | | |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 昭和〇〇年 | | 〇 | 月 | 〇 | 日 | <input checked="" type="radio"/> 男 | <input type="radio"/> 女 | | | |
| 住所 | 品川区△△1-2-3 | | | | | | | | | | |
| 介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する介護予防事業者 | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援事業者名 | 介護予防支援事業者の所在地 〒 111 - 1111 | | | | | | | | | | |
| 〇△地域包括支援センター | 住所 品川区〇〇1-2-3 | | | | | | | | | | |
| 事業者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業者名 | 居宅介護支援事業者の所在地 | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所〇△ | 住所 品川区〇〇4-5-6 | | | | | | | | | | |
| 事業者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| [サービス開始(変更)年月日] 〇〇年 〇月 〇日付 | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援事業者又は居宅介護支援事業者を変更する場合の事由等 | | | | | | | | | | | |
| 例:引っ越しのため | | | | | | | | | | | |
| 品川区長あて 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。 〇〇年 〇月 〇日 (届出人) [被保険者氏名] 品川 太郎 [電話番号] 03 (△△△△) △△△△ (窓口に来た方もしくは担当者名) [氏名] 大崎 花子 [被保険者との関係] (ケアマネジャー) [住所] 〒111-1111 品川区××1-2-3 [電話番号] 03 (××××) ×××× | | | | | | | | | | | |
| 保険者 使用欄 | 受付 | 高齢者福祉課 | | | | | | | | | |
| | 收受 | 課長 | 決裁 | | | | | | | | |
| 要支援で住所地特例対象者の「介護予防サービス計画作成届出書」は、事業所所在地の市区町村へご提出ください。 | | | | | | | | | | | |

居宅介護支援事業所に委託しない場合は
記入する必要はありません。

サービス開始年月日を記入してください。
※請求事務の登録上、重要な日付です。
お間違えの無いようにお願いします。

本届出書を記載した日を
記入してください。

(注意) 1 この届出書は、要支援認定申請時に、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品川区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委託する居宅介護支援事業者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず品川区へ提出してください。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。

(問い合わせ先) 品川区高齢者福祉課 介護給付係 電話 03-5742-6927