

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	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				
					年		月		日		男	女	
住所													
介護予防サービス計画作成を依頼(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			〒		-			
					住所								
事業者番号					電話番号 ()								
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。													
居宅介護支援事業者名					居宅介護支援事業者の所在地			〒		-			
					住所								
事業者番号					電話番号 ()								
[サービス開始(変更)年月日] 年 月 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					※事業所を変更する場合のみ記入してください。								
<p>品川区長あて</p> <p>上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画作成を依頼することを届け出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(届出人)</p> <p>[被保険者氏名] _____</p> <p>[電話番号] () _____</p> <p>(窓口に来た方もしくは担当者名)</p> <p>[氏名] _____ [被保険者との関係] () _____</p> <p>[住所] 〒 _____</p> <p>[電話番号] () _____</p>													
保険者 使用欄	受付	高齢者福祉課						担当					
	收受	決裁	課長	係長	担当者	担当 確認	入力	資格					
									届出重複				
									事業者	区指定			
						その他							

- (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