**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**

様式４

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | サービス開始（変更）日：　令和　　年　　月　　日 | | |
| 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 |
| 明・大・昭　　年　　月　　日 | 男　・　女 |
| 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  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 | 〒**-** |
| **安来市地域包括支援センター** | | | | 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  ※居宅介護支援事業所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も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 | | | | | |
| ※変更する場合のみ記入してください  変更年月日（　　　年　　月　　日付） | | | | | |
| 安来市長　　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 | | | | | |

（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

市へ提出してください。

　　　　２．太枠のサービス開始（変更）日の記入は必須です。

　　　　　　月途中で計画作成事業所の変更がある場合（小規模多機能型居宅介護利用の場合を除く）で、変更前の事業所が請求等を

行う場合は、変更後の事業所の「サービス開始（変更）日」を翌月1日として届け出てください。

　　　　３．審査の結果、認定結果が要介護⇔要支援へ変更の場合は、その都度、介護度に合った届け出が必要です。

　　　　　　住所地特例適用者で、要支援→要介護になった後も、引き続き総合事業を利用される場合は、連絡をお願いします。

４．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窓口へ提出してください。