

## 介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

(宛先)上越市長

下記のとおり介護予防ケアマネジメントについて届け出ます。

提出年月日 令和 年 月 日

※市で受付をした日付が提出年月日となります。

被 保 険 者	氏名	被保険者番号 (他市の被保険者の場合は保険者名 _____ )	
	フリガナ		
		個人番号	
		生年月日	性別
	住所	明・大・昭 年 月 日	男・女
	電話番号 ( )	認定等の状況(該当に○)	
		事業対象者(チェックリスト該当者) ・ 要支援1 ・ 要支援2	

介 護 予 防 ケ ア マ ネ ジ メ ン ト を 依 頼 す る 事 業 者	地域包括支援センター名 ※必ず記載	所在地 〒 —
		(電話番号) ( )
		事業所番号
	事業者の事業所名 ※委託の場合必ず記載	所在地 〒 —
		(電話番号) ( )
		事業所番号

届 出 の 区 分 ( 該 当 に ☑ )	<input type="checkbox"/> 新規で依頼する場合	被保険者と上記事業所が契約したのはいつですか。(有効開始日として登録する日付となります) 令和 年 月 日から チェックリスト実施日はいつですか(事業対象者の場合に記入) 令和 年 月 日 チェックリストは添付しましたか(事業対象者の場合に添付) <input type="checkbox"/> 添付した
	<input type="checkbox"/> 依頼内容を変更する場合	上記事業所が被保険者の担当になったのはいつですか。 事業所変更年月日: 令和 年 月 日から (有効開始日として登録する日付となります) 【変更の理由】 <input type="checkbox"/> 本人・家族の希望 <input type="checkbox"/> 転居のため <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 終了	上記事業所が被保険者の担当を終了したのはいつですか。 終了日 : 令和 年 月 日 【終了の理由】※グループホーム等の施設入所、総合事業・予防給付等のサービス利用の終了等 <input type="checkbox"/> 施設等入所のため(施設名: ) <input type="checkbox"/> その他( )

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複等
--------	---------------------------------	---------------------------------

- (注意) 1 この届出書は、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、速やかに上越市へ提出して下さい。(新規の場合も含みます)
- 2 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又は介護予防ケアマネジメントを委託する居宅介護支援事業所を変更する場合は、変更年月日を記入の上、必ず上越市に届け出てください。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。
- 3 介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所を変更するときは、今後担当する事業所が届出書を提出してください。
- 4 新たに介護予防計画作成依頼届出書若しくは居宅サービス計画作成依頼届出書の提出をする場合、資格喪失(死亡・市外転出)の場合は、介護予防ケアマネジメント終了時に届出書を提出する必要はありません。
- 5 住所地特例の対象となる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下さい。