

**事業対象者**

様式第 25号 (第 5 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(変更)届出書**

		区 分																				
		新規・変更・終了																				
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号																				
フリガナ		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																				
		個 人 番 号																				
生 年 月 日	年 月 日	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																				
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	〒 -																				
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 ※居宅介護支援事業者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若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事由等 ※変更する場合のみ記入してください。																						
新規・変更・終了年月日	年 月 日																					
<p>(宛 先)春日市長 上記のとおり、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について届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>被保険者 住所</p> <p style="text-align: right;">電話番号 (       )       -</p> <p>氏名</p>																						
保険者確認欄	個人番号確認 ( <input type="checkbox"/> 個人番号カード ・ <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 官公庁身分証明書 )																					
	<input type="checkbox"/> 要支援認定者 <input type="checkbox"/> 事業対象者	介護予防支援事業者事業所番号 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																				

- (注意) 1 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ったときは、区分の「新規」に○を付け、速やかに届け出てください。
- 2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援若しく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所を変更するときは、区分の「変更」に○を付け、変更事由、変更年月日を記入して、必ず届け出てください。届出がない場合、サービスに係る費用を、いったん全額自己負担していただくことがあります。なお、変更前の事業所の終了届は不要です。
- 3 介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントの依頼をやめた場合は、区分の「終了」に○を付け、届け出てください。
- 4 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ください