

介護予防サービス計画作成依頼(新規・変更)届出書

高砂市長 様

下記の指定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を依頼することを届出します。

届出年月日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

区 分	1 新規	2 変更	被保険者番号								
フリガナ			生年月日	明・大・昭						性	男・女
被保険者氏名				年	月	日	日	別			
被保険者住所											
電話番号	-	-									

介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者

届出提出代行	市へ届出の提出について（〇をつけてください）											1 依頼する	2 依頼しない					
事業所の所在地	〒676-0023 高砂市高砂町松波町440-35 高砂市ユーマイ福祉交流センター内																	
事業所名	高砂市地域包括支援センター			指定介護予防支援事業者事業所番号	2	8	0	2	1	0	0	0	1	2	電話番号	(079)-443-3723 (直通)		
受託事業所	* 地域包括支援センターより受託を受けた事業所名を記入してください。																	
事業所を変更する場合の事由等	* 受託事業所を変更する場合のみ記入してください。																	
高砂市確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者事業所番号			処 理	受 付	保 険 者 証	入 力											
(備考) 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成を依頼する指定介護予防支援事業者が決まり次第受託事業所を通じて、高砂市役所 福祉部 地域福祉室 高年介護課に提出してください。 2 介護予防サービス計画の作成を依頼する受託事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず高砂市役所 福祉部 地域福祉室 高年介護課に届出してください。 届出のない場合、サービスにかかる費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。																		