**介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | 区分 | | | |
|  | | | | | | | | | | | | 新規・変更 | | | |
| 被保険者氏名 | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| 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）する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【事業所名】  事業所番号： | | | 【所在地等】  TEL： | | | | | | | | | | | | |
| 地域包括支援センターから介護予防ケアマネジメントを受託する事業所 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【事業所名】  事業所番号： | | | | 【所在地等】    電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 事業所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下さい。 | | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日（　　　　年　　月　　日） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 球磨村長　様    上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届け出します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　住所  被保険者  　　　　　氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | * 被保険者資格　　　□　届出の重複 * 居宅介護支援事業者事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | |

（注意）1　この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決ま　　り次第速やかに球磨村へ提出して下さい。

　　　　2　居宅サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず球磨　　村に届け出て下さい。届け出のない場合、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。