

介護予防ケアマネジメント依頼 (変更) 届出書

		届出区分	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
依 頼 ( 変 更 ) す る 地 域		包 括 支 援 セ ン タ ー 名 等	
地域包括支援センター名		地域包括支援センターの所在地 〒 -	
事業者番号		電話番号 ( )	
居宅介護支援事業者が介護予防ケアマネジメントを受託する場合は記入してください。			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地 〒 -	
事業者番号		電話番号 ( )	
依 頼 ( 変 更 ) 年 月 日		年 月 日 より	
事業所等を変更する場合の理由等			
福島市長 上記の地域包括支援センターに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 住 所 被保険者 氏 名 電話番号 ( )			
窓口に来られた方 <input type="checkbox"/> 本 人 <input type="checkbox"/> 家 族 (続柄 ) 住 所 氏 名 電話番号 ( ) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員等 事業所名 担当者名 電話番号 ( )			
市 使用欄	<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト	<input type="checkbox"/> 要支援・要介護認定	
	<input type="checkbox"/> 確認票	<input type="checkbox"/> 予防届出の提出	
	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
市 使 用 欄			
受 付	入 力	保 険 証	送 付

## 記入上の注意

(届け出がない場合の自己負担)

- 1 届け出がない場合には、サービス利用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。

(届け出が必要な場合)

- 2 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、速やかに長寿福祉課へ届け出てください。

(変更の届け出が必要な場合)

- 3 すでに届け出ている事業所等を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず長寿福祉課へ届け出てください。

(1) 介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等を変更する場合

(2) 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場合

(他市町村の住所地特例対象施設に入所等をしている場合の届け出)

- 4 他市町村に所在する住所地特例対象施設に入所等をしている本市の被保険者が、介護予防ケアマネジメントを利用する場合は、所在地市町村へ届け出てください。

なお、その場合は所在市町村の指定する届出書に本市の介護保険被保険者証を添付してご提出ください。

(添付書類)

- 5 この届け出には、以下の書類を添えてください。ただし、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等を変更する場合は介護保険被保険者証のみを添付してください。また、介護予防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場合は下記の添付書類は不要です。

(1) 基本チェックリスト (原本)

(2) 福島市訪問型・通所型サービス対象者確認票 (原本)

(3) 介護保険被保険者証