

(介護予防ケアマネジメント 様式第1)

盛岡市介護保険居宅サービス計画(介護予防サービス計画)作成依頼(変更)届
(兼介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届)

										届出区分	
										新規・変更	
被保険者番号					個人番号						
被保険者氏名					生年月日			性別			
					年 月 日			男・女			
居宅サービス計画(介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント)の作成を依頼(変更)する事業者											
事業所名					事業所の所在地						
					〒						
					電話						
介護予防支援を受託する居宅介護支援事業所											
※居宅介護支援事業所が介護予防支援・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。											
事業所名					事業所の所在地						
					〒						
					電話						
居宅介護(予防)支援の開始年月日					年 月 日						
介護予防ケアマネジメントの開始年月日					(変更の場合は変更日及び変更事由等)						
盛岡市長 様											
上記の居宅介護支援事業所または介護予防支援事業所(地域包括支援センター)に居宅サービス計画(介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント)の作成を依頼することを届け出ます。											
年 月 日											
被保険者 住所.....											
電話 ()											
氏名											
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複									
		<input type="checkbox"/> 事業所番号									
備考 1 この届出は、要介護(要支援)認定の申請時にまたは居宅サービス計画(介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント)の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに盛岡市に提出してください。 2 居宅サービス計画(介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント)の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更日を記入の上、必ず盛岡市に届け出てください。届出のない場合は、当該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。											

盛岡市記入欄

区分	提出者	認定申請書	LP入力	保険証交付方法	事業所名記載方法
<input type="checkbox"/> 要介護	<input type="checkbox"/> 本人・家族	<input type="checkbox"/> 同時に提出	<input type="checkbox"/> 入力済	<input type="checkbox"/> 提出者に交付 (/)	<input type="checkbox"/> 修正により記載
<input type="checkbox"/> 要支援					
<input type="checkbox"/> 事業対象者	<input type="checkbox"/> 事業所	<input type="checkbox"/> 既に提出済み		<input type="checkbox"/> 提出者に郵送 (/)	<input type="checkbox"/> 新しく印字