様式第２号(第10条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 居宅サービス計画作成依頼・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 | | | | | | |
|  | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | | |  | |  | |  |  | |  | | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| 被保険者名 | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護（予防支援）事業所名 | | | | | | | | | | |  | | | | 事業所の所在地 | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 印 | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援・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（委託の場合） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名及び担当者名 | | | | | | | |  | | | | | | 事業所の所在地 | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当者（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所を変更する場合の理由等　　　　　　　　　　　　　　変更年月日  (　　　　年　　月　　日付) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを変更する場合　　　変更年月日  □介護予防支援へ変更　　□介護予防ケアマネジメントへ変更　(　　　　年　　月　　日付) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 南阿蘇村長　　　　様  　上記の居宅介護（介護予防）支援事業者にサービス計画の作成を依頼（変更）することを  届出します。  　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | | | | 住所  氏名　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | 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（予防）支援事業者事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |
| （注意）　1　この届出書は、介護予防サービス計画作成、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第速やかに南阿蘇村へ提出してください。  　　　　　2　介護予防サービス計画作成、介護予防ケアマネジメント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上、必ず南阿蘇村に届け出してください。届出のない場合、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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |