

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

<input type="checkbox"/> 要支援1・2		<input type="checkbox"/> 事業対象者									
被 保 険 者 氏 名				被 保 険 者 番 号							
フリガナ											
				個 人 番 号							
				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)する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する地域包括支援センター											
名称				事業所番号							
住所				電話番号							
介護予防支援又は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 (居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入)											
名称				事業所番号							
住所				電話番号							
申請区分		新規 ・ 変更		サービス開始年月日		年 月 日					
事業所を変更する場合の理由											
西 東 京 市 長 あて 上記の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又は 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 被保険者住所 _____ 被保険者氏名 _____ 印 電話番号 () _____											

- 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は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西東京市へ提出してください。(必ず、サービスの利用を開始する前に提出してください。)
- 2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所(地域包括支援センター)又は介護予防支援若しくは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ときは、必ず西東京市に届け出てください。(ただし、住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の所在地の区市町村の窓口へ提出してください。)
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。
- 3 この届出書を提出する際には被保険者証を添付してください。
- 4 左上の要支援1・2または事業対象者の区分については必ず記入(チェック)してください。

提出先 要支援者の場合:西東京市高齢者支援課介護指導給付係 電話042(438)4030
 事業対象者の場合:西東京市高齢者支援課地域支援係 電話042(438)4029

(保険者確認欄)

届出重複確認	有・無	備考		処	受付	証回収	入	証交付