介護予防サービス計画作成依頼届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | 生年  月日 | | 明治  大正　　年　　月　　日  昭和 | | | 性別 |  |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 居宅サービス計画の作成を依頼する事業者の所在地・事業者名 | 〒 | 事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在地  事業所名 | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 開始（変更）  年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日 | | | ※上記の居宅介護支援事業所から居宅介護支援を受け始める日 | | | | | | | | |
| 只見町長　宛  　　上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画の作成を依頼することを届出します。  　　令和　　年　　月　　日  被保険者　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　㊞  （本人自署の場合は押印不要です。） | | | | | | | | | | | | |
| 上記について被保険者の委任に基づいて届出をする場合の届出人 | | | | | | | | | | | | |
| 届出人の  住所・氏名 | ※届出人が本人以外の場合に記入してください。  住　所  氏　名  電話番号  被保険者との関係　　家族・事業者・その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |

* 開始の場合…この届出書は、要支援認定の申請時に、または介護予防サービス計画の作成を依頼する事業者が決まり次第速やかに、開始年月日を記入の上、提出してください。
* 変更の場合…介護予防サービス計画の作成を依頼する事業者を変更するとき、および事業者の事業所番号が変更になったときは、変更年月日を記入の上、提出してください。届出のない場合、サービス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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 只見町記入欄 | 届出書受付日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| システム登録日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |