介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

届出年月日　　　　　年　　月　　日

（宛先）さいたま市長

　次のとおり、届出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | |  | | 被保険者番号 | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 被保険者氏名 | | |  | | 個人番号 | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | | | 明・大・昭　　　 年　　　月　　　日 | | 性　　別 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 電話番号 | | | | （　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | |  | | | | 事業所番号 | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 事業所所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 電話番号 | | | | （　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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ケアマネジメントを受託する場合のみ記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | |  | | | | 事業所番号 | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 事業所所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 電話番号 | | | | （　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等（事業所を変更する場合のみ記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 変更年月日 | | | | 年 　　　月 　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出者 | □　被保険者　□　代理人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名  （事業所名） | | |  | | | 事業所番号 | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 被保険者との関係 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所  （所在地） | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | 明・大・昭　　 年 　　月　　日 | | | 電話番号 | （　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出者が代理人の場合は、次の委任状が必要になります。委任状欄は、署名又は記名押印をお願いします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 委任状 | 上記、届出者代理人に介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書の届出に関する権限を委任します。  被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

介護予防ケアマネジメント計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

　　年　　月　　日　　被保険者氏名　　　　　　　　　　（代筆者名　　　　　　　　　　続柄　　　　）

(注意)　この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センター又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅

介護支援事業者が決まりましたら、介護保険被保険者証を添え、さいたま市へ届出してください。

事務処理欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人確認 |  | 個人番号確認 |  | 受付者 | 受付印 |
| 備考 |  | | |

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

さいたま市へ提出する日をご記入ください。

届出年月日　　　　　年　　月　　日

（宛先）さいたま市長

介護保険被保険者証に記載されている10桁の番号をご記入ください。

　次のとおり、届出します。

※被保険者と同一世帯でない方が提出する場合には

委任状欄の記入が必要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | **サイタマ　タロウ** | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | **○** | | | **○** | | | **○** | | | **○** | **○** | **○** | | **○** | | **○** | | **○** | | **○** |
| 被保険者氏名 | | | **さいたま　太郎** | | 個人番号 | | | | | **○** | **○** | | | **○** | | | **○** | | | **○** | | | **○** | | **○** | **○** | | **○** | | **○** | | **○** | | **○** |
| 生年月日 | | | 明・大・昭　　**○○**年**○○**月**○○**日 | | 性　　別 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | | 〒**○○○-○○○○** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **さいたま市○○区○○番地** | | | 電話番号  通知カード又は個人番号（マイナンバー）カードに  記載されている12桁の番号をご記入ください。 | | | | **０４８**（**▽▽▽**）**□□□□** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者名称 | | **（社福）○○○○** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | | **△△地域包括支援センター** | | | | 事業所番号 | | | | **○** | | | **○** | | | **○** | | | **○** | | | **○** | | | **○** | | **○** | | **○** | | **○** | | **○** | |
| 事業所所在地 | | 〒**○○○-○○○○　さいたま市○○区○丁目○番地** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 電話番号 | | | | **０４８**（**▽▽▽**）**□□□□** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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ケアマネジメントを受託する場合のみ記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者名称 | | **（株）△△△△** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | | **□□□□□ケアセンター** | | | | 事業所番号 | | | | **○** | | | **○** | | | **○** | | | **○** | | | **○** | | | **○** | | **○** | | **○** | | **○** | | **○** | |
| 事業所所在地 | | 〒**○○○-○○○○　さいたま市○○区○丁目○番○号** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 電話番号 | | | | **０４８**（**▽▽▽**）**□□□□** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等（事業所を変更する場合のみ記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **指定居宅介護支援事業者を変更する場合、変更の理由と変更年月日を必ずご記入ください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 変更年月日 | | | | 年 　　　月 　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出者 | □　被保険者　□　代理人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名  （事業所名） | | |  | | | 事業所番号 | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 被保険者との関係 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所  （所在地） | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | 明・大・昭　　 年 　　月　　日 | | | 電話番号 | （　　　　）  事業所が代理で提出する場合で事業所住所を記入するときには、  氏名欄に個人名と事業所名を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出者が代理人の場合は、次の委任状が必要になります。委任状欄は、署名又は記名押印をお願いします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 委任状 | 上記、届出者代理人に介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書の届出に関する権限を委任します。  被保険者氏名　　　**さいたま　太郎　※** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

介護予防ケアマネジメント計画の作成を依頼（変更）する居宅予防支援事業者が介護予防支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

**〇**年　**〇**月　**〇**日　　被保険者氏名　　**さいたま　太郎**　　（代筆者名　　　　　　　　　　続柄　　　　）

ケアマネジャーがケアプランを作成する際に、あなたの要介護認定・要支援認定時の認定調査票等一式を取得することに同意する場合はご署名ください。

(注意)　この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センター又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅

介護支援事業者が決まりましたら、介護保険被保険者証を添え、さいたま市へ届出してください。

事務処理欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人確認 |  | 個人番号確認 |  | 受付者 | 受付印 |
| 備考 |  | | |