

介護予防ケアマネジメント依頼届出書

久留米市長 あて

下記の地域包括支援センターに介護予防ケアマネジメントを依頼することを届出します。 年 月 日

		区分	
		新規・変更	
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
		個人番号	
		生年月日	
		明治・大正・昭和 年 月 日	
被保険者住所			
〒 -			
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			
地域包括支援センター名		地域包括支援センターの所在地	
		〒	
		電話番号	
<input type="checkbox"/> サービス利用開始前に、上記事業所よりケアプランの作成を受け、ケアプランに同意しました(暫定利用も含む)。			
事業所番号		サービス開始(変更)年月日	
		年 月 日	
		基本チェックリスト実施日	
		年 月 日	

<注意>

- この届書は、基本チェックリスト後、総合事業のサービスを利用開始した際に、地域包括支援センターが提出してください。原則、同月内に届出のない場合、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。
- 担当地域包括支援センターが変わる際は、従前の地域包括支援センターに連絡をおこない、変更年月日を記入の上、提出してください。
- 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

申請を下記の者に委任します。(申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載は不要です。)

受任者氏名	連絡先(日中連絡がとれるところ)
受任者住所	本人との関係

<市記入欄>

受付	原課	田主丸	北野	城島	三潴	FAX	送達	情報開示	被保証回収	チェックリスト実施日	ケアプラン入力
									済・未	開始 /	/

<備考>

	受付印
--	-----