第７号様式（第１８条関係）

介護予防ケアマネジメント依頼届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | |
| 年　 　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所名 | | |  | | 居宅介護支援事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 電話番号　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※変更する場合のみ記入してください。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　変更年月日  （平成　　　　年　　　月　　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （宛先）  戸田市長  　　上記の事業者に介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。  　　平成　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 住所  氏名 | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 確認欄 | | * 被保険者資格　□　届出の重複 * 介護保険事業者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | |  |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | | | |

（注意）１　この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに戸田市へ提出してください。

２　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、変更年月日を記

入のうえ、必ず戸田市へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、

全額負担していただくことがあります。

　　　３　住所地特例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。