

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

被保険者 氏名	フリガナ	被保険者番号										
		個人番号	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 - -										

介護予防ケアマネジメントを担当する地域包括支援センター※ゴム印または事業所角印を押印してください。手書きのみは不可です。

(事業者名)

(事業者の所在地)

〒 -

電話 - -

居宅介護支援事業所番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

基本チェックリスト実施日

サービス開始日

<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。
- 市内転居等で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のうえ提出してください。

年 月 日

年 月 日

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>

原課	田主丸	北野	城島	三潨	耳納	千歳	高牟礼	上津	筑邦	FAX	送達
受付											

処理	被保険者証回収	ケアプラン 入力	同時申請		チェックリスト実施日
	済・未		情報開示	新規	
					/

<備考>

番号確認 個・通・住・シ・職・()
本人確認 介・CM・個・運・旅・障・保・年・聞・()

受付印