

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 クルメ タロウ						0 0 0 1 2 3 4 5 6 7					
久留米 太郎						個人番号					
						1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1					
						生年月日					
明治・大正・昭和						1 年 1 月 1 日					
被保険者住所											
〒 830-8520											
事業所名及び事業所の所在地については、 久留米市 手書きの場合でも押印は不要です。											
電話番号 0942-30-9206											
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					
〇〇地域包括支援センター						〒830-8520					
						久留米市城南町15番地3					
居宅介護支援事業所番号を記載してください。						番号 0942-30-9036					
<input type="checkbox"/> サービス利用開始 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					
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0						○ 年 4 月 3 日					
基本チェックリスト実施日											
○ 年 4 月 3 日											

＜注＞

サービス開始日を記入してください
※契約が終わっていても未来日でも受付可能

ただし、被保険者証に印字される届出年月日の日付については、以下の通りとなります。

①基本チェックリスト実施月の同月内に提出した場合
→基本チェックリスト実施日

②基本チェックリスト実施月の翌月以降に提出した場合
→ケアマネジメント依頼届を届け出た月の初日(1日)

基本チェックリスト実施年月日を記入してください。

申請を下記の者に任せしめよ。(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	篠山 花子	連絡先(日中連絡がとれるところ)	〇〇 - ××××
受任者住所	久留米市城南町15番地3	本人との関係	介護支援専門員

＜市記入欄＞

受付	原課	田主	届出を持参した方の氏名、連絡先、住所(事業所住所・電話番号で可)、本人との関係を記載してください。	入力
----	----	----	---	----

＜備考＞

受付印