

## 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書について

混乱を招きやすい要支援者の届出の取り扱いについて、下記のとおりとなりますので、改めてご確認ください。

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)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 マエバシ タロウ					9	9	9	9	9
					9	9	9	9	9
					9	9	9	9	9
					9	9	9	9	9
個人番号									
前橋 太郎					X	X	X	X	X
					X	X	X	X	X
					X	X	X	X	X
					X	X	X	X	X
生年月日									
昭和 1年 1月 1日									
介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者 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									
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名					介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地				
前橋市地域包括支援センター前橋					〒371-0000				
					前橋市表町6丁目1-1				
					電話番号 027-898-3129				
					サービス開始(変更)年月日				
介護予防支援事業所(地域包括支援センター)番号					令和△年×月○日				
X X X X X X X X X X									
介護予防支援事業所又は地域包括支援センター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。									
※居宅介護支援事業者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 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は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				
前橋					〒371-0024				
					前橋市表町5丁目1-1				
					電話番号 027-898-6157				
					サービス開始(変更)年月日				
居宅介護支援事業所番号					令和△年×月○日				
X X X X X X X X X X									
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。									
(宛先) 前橋市長 上の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する旨を記入します。									
4 令和△年×月○日									
住 所 前橋市大手町二丁目12番1号					電話番号 027-224-1111				
被保険者									
氏名 前橋 太郎									
介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供に当たり、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が必要な範囲で提示することに同意します。									
年 月 日 氏名									
(注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第速やかに前橋市へ提出してください。 2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所(地域包括支援センター)又は介護予防支援若しく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所を変更すときは、変更年月日を記入の上、必ず前橋市へ届け出してください。 届出のない場合は、サービスに係る費用を一旦、全額負担していたいただくことがあります。 3 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。									
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所(地域包括支援センター)番号							

※黄色の枠内は、記載の必要はありません。

区分	項目	記入欄	居宅届出日（被保険者証に印字される居宅届出年月日）
要支援	新規に包括が担当する場合（以下、「直営」）	①	①のサービス開始 (変更)年月日
	直営のまま、包括が変更となる場合	①	
	新規に居宅介護支援事業所に委託する場合	③	①のサービス開始 (変更)年月日
	直営から委託に変更となる場合	③	①のサービス開始 (変更)年月日
	委託から直営に変更となる場合	①	①のサービス開始 (変更)年月日
	委託先の居宅介護支援事業所が変更となる場合	③	①のサービス開始 (変更)年月日

※②欄は、委託先居宅介護支援事業所が個人情報提供申請を行いたい場合に必要な情報になるため、提供を希望する場合はご記入ください。

**【交付年月日】 申請窓口で受理した日（介護保険被保険者証を交付した日）が印字されます。**

**【サービス開始(変更)年月日】 「サービス利用を開始(予定)年月日＝給付が発生する月」を記入ください。（下記の1～3のパターンであれば、追加書類の提出の必要はなし）**

1. ④(届出をした日)と同日
2. ④より未来日
3. ④と同月だが④より過去日（同月内であれば、添付書類なしで遡れます）
4. ④より月をまたいで遡る過去日 = **遡及の手続き（追加書類）がないと受理できません！**

**【遡及の届出に必要なもの】**

- 1 被保険者証又は資格者証の原本
- 2 居宅届出書（要支援の届出書の場合は、様式第21号の2）
- 3 暫定ケアプランの写し（同意があるもの）