



第 31 号様式の 2 (第 69 条関係)

介護予防サービス計画作成依頼 (変更) 届出書

被 保 険 者 氏 名		区 分	変更・新規										
フリガナ		被保険者番号											
		生 年 月 日											
		年 月 日											
介護予防サービス計画の作成を依頼 (変更) する事業者													
事業者の事業所名	事業所の所在地												
	〒												
(担当者名 )	電話番号												
事業所を変更する場合の事由等	* 事業所を変更する場合のみ記入してください。												
	変更年月日 (サービス開始日)												
	年 月 日 付け												
	( 年 月分ケアプランより担当)												
<p>新宿区長 宛て</p> <p>上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>被保険者 電話番号</p> <p>氏名</p>													
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番号												
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												
<p>(注意)</p> <p>1 この届出書は、要支援認定の申請時又は介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに新宿区に提出してください。</p> <p>2 介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず新宿区に届け出てください。</p> <p>3 届出のない場合は、サービスに係る経費を一旦全額自己負担していただくことがあります。</p>													

\* 介護予防支援事業所記入欄

介護予防サービス計画作成依頼届出日	年 月 日
-------------------	-------

<p>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ときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。</p> <p>年 月 日 被保険者氏名</p>
--

受 付