様式第17号の２

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | □ | | | 介護予防サービス計画作成 | | | | | | | | | | | | | 区　　分 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | □ | | | 介護予防ケアマネジメント | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　（　　　 ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 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 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援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  （　　 　 　　 年 　 　 月 　 　日付け） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 高知市長　　様  　上記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することを届け出ます。  　 　　年　 　　月　　　日  　　　　　　 住所  被保険者  　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス利用開始日 | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証の添付 | | | | 有　・　無　（事由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（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

かに高知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るときは，

変更年月日を記入の上，必ず高知市に届け出てください。届出のない場合，サービスに係る費用を一旦，全額自己

負担して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  （高知市記入欄） | 被保険者証  郵送・窓口交付 | □新規申請中　□変更申請中　□二次判定（　　 ）  □更新申請中　□介護申請中　□複写交付済  備考欄 | |
| 高知市役所　介護保険課給付係 ・ 基幹型地域包括支援センター  （電話）　 088－823－9959　 　 088－823－9121 | | | 入力 |