様式第２号（第６条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年 　 月 　日 | | | | | | | | | |
| 性　　　別 | | | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | |
| 地域包括支援センター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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者番号 | | | | | | | | | | | | 所在地 | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  | 〒  電話番号　　　（　　） | | | | | | | | | | |
| 事業者名 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 事業者を変更する場合の事由等 | | | | | | | | | | ※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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （提出先）  湯河原町長　様  上記の地域包括支援センター等に、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　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　）    　　被保険者　　氏　名  　　　　　　　　代筆者　　　　　　　　　　続　　柄（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | | | □被保険者資格　　　□届出の重複　　　□事業者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （注意）１　この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者等が  決まり次第、速やかに、湯河原町に提出してください。  ２　介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者を変更するときは、  変更年月日を記入の上、必ず湯河原町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場合があります。  ３　住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、当該施設の住所  地の市町村に提出してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |