様式第１７号の２

# 介護予防サービス計画作成依頼（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 | |
| | 個人番号 |
| | 生年月日 |
| | 大・昭　　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 | |
|---|---|
| 介護予防支援事業所名 | 介護予防支援事業所の所在地　〒<br>電話番号　（　　） |
| 介護予防支援事業所番号 | サービス開始（変更）年月日 |
| | 年　　月　　日 |

| 介護予防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。 |

| 介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者<br>※居宅介護支援事業者が介護予防支援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　〒<br>電話番号　（　　） |
| 居宅介護支援事業所番号 | サービス開始（変更）年月日 |
| | 年　　月　　日 |

| 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。 |

小国町長　　殿

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します。

年　　月　　日

住　所

被保険者　氏　名

電話番号　（　　）

（※）氏名を自署してください。
本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

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に必要な範囲で提示することに同意します。

年　　月　　日　　氏名

（※）氏名を自署してください。
本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

（注意）１　この届出書は、要支援認定の申請時に、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小国町健康福祉課へ提出してください。

２　介護予防サービス計画の作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援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、必ず小国町健康福祉課へ届け出てください。
届け出のない場合、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。

| 保険者確認欄 | □　被保険者資格　□　届出の重複<br>□　介護予防支援事業者事業所番号 |
|---|---|