

(様式2)

事業対象者

介護予防ケアマネジメント依頼届出書

- この届出書は介護予防ケアマネジメントを開始 または 介護予防ケアマネジメントを依頼するセンターを変更する場合に届出を行っていただくための様式です。
- 届出のない場合、利用されたサービスにかかる費用を一旦、全額自己負担していただくこととなる場合があります。
- 当該届出書の提出先は、介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センター（あんしんすこやかセンター）となります。

● 被保険者の情報

被保険者番号										
フリガナ										
被保険者氏名						生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日

以下のいずれかの にチェックしてください。

届出区分	<input type="checkbox"/> 1. 新規 <input type="checkbox"/> 2. 更新 <input type="checkbox"/> 3. センター変更
------	--

- 上記の地域包括支援センター（あんしんすこやかセンター）へ介護予防ケアマネジメントを受け始める日
→ 暫定利用申請[※]時は「終了年月日」もご記入ください。

開始/変更年月日	令和 年 月 日	※介護予防ケアマネジメントを受け始める日をご記入ください。
終了年月日 (暫定利用申請時のみ記入)	令和 年 月 日	※暫定利用申請時のみご記入ください。

暫定利用申請[※] 要支援を見込んで認定申請を行い、暫定で総合事業を利用されていたが認定結果が要介護となってしまった際に暫定で総合事業を利用されていた期間を事業対象者とみなすために行う申請のことで。

- 介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センター（あんしんすこやかセンター）の情報
→ 指定介護予防支援事業所の登録情報をご記入ください。

事業者番号											
事業者名											
所在地	〒 - - - - -					電話番号：	- - - - -				

● 届出内容の確認/署名

神戸市長 宛 上記のとおり介護予防ケアマネジメントを依頼することを届出します。 令和 年 月 日 被保険者氏名（本人署名）
--

----- 以下、神戸市記入欄 -----

特記事項	市受付	入力担当
------	-----	------