様式第15号(第18条関係)

**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**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | | | | | | | | |
| 新規・変更 | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | | 個人番号 |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生　年　月　日 | | | | | | | | | | | | 性別 | | | |
| 被保険者氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 住所 | | | 電話番号　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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（変更）する**  **地域包括支援センター等** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | 地域包括支援センター等の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | --- | | 地域包括支援センター等の所在地 |   〒　　　－  電話番号　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  | | | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |
| 小規模多機能型居宅介護の利用開始月における利用開始前の居宅サービス等の利用有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 地域包括支援センター等を変更する場合の変更理由等  （変更届の場合のみ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅サービス　　□利用あり　　□利用なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **開始（変更）**  **年月日** | | | | **年　　月　　日** | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 豊　岡　市　長　様  上記の地域包括支援センター等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します。  　　　　年　　月　　日  被保険者  氏　　名  代筆者  　　　　　　　　（　氏　名　　　　　　　　　　　続柄　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(注意)

１　この届出書は、在宅の「要支援１・２」の方若しくは介護予防・日常生活支援総合事業を利用する方で、次のいず　れかに該当する場合に提出してください。

　　　　　・新たに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の依頼を地域包括支援センター等　　　　　　に依頼された場合(自己作成からの変更を含む)

　　　　　・認定に係る有効期限が切れてから認定申請を行い、要支援として再認定を受けられた場合

　　　　　・地域包括支援センターの担当地域を越えて転居された場合

　　　　　・更新認定又は変更認定により、介護度が「要介護」から「要支援」に変わった場合

・住所地特例の対象となる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

２　介護保険による介護予防サービスは、介護予防サービス計画を作成していなくても利用できますが、この場合には提供事業者に利用料金の全額を支払っていただき、その領収書によって市に給付を請求していただくことになります。また、介護度ごとに月あたりの利用限度額が定められている他、介護度によっては利用されたサービスの全部又は一部が、給付対象にならない場合があります。

３　この届出の要否が解らない場合は、豊岡市役所高年介護課又は各振興局市民福祉課に照会していただくか依頼先の地域包括支援センターに相談してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者処理欄 | 申請区分 | 認定申請日 | 備考 | 受付印 |
| 新規・変更・更新 | 年　　月　　日 | システム入力日 |  |
| 介護度 | 認定有効期限 |
|  | 年　　月　　 日 |