

介護予防サービス計画作成依頼(変更・終了)届出書

(宛先)上越市長

下記のとおり介護予防サービス計画について届け出ます。

提出年月日 令和 年 月 日

※市で受付をした日付が提出年月日となります。

被 保 険 者	氏名	被保険者番号 (他市の被保険者の場合は保険者名 _____)	
	フリガナ		
		個人番号	
		生年月日	性別
		明・大・昭 年 月 日	男・女
	住所	電話番号 ()	

介 護 予 防 サ ー ビ ス 計 画 の 作 成 を 変 更 ・ 終 了 す る 事 業 者	事業者の事業所名	所在地 〒 _____
		(電話番号) () 事業所番号 _____
届 出 の 区 分 (<input checked="" type="checkbox"/> 該当)	<input type="checkbox"/> 変更	上記事業所が被保険者の担当になったのはいつですか。 事業所変更年月日: 令和 年 月 日から (有効開始日として登録する日付となります) 【変更の理由】 <input type="checkbox"/> 本人・家族の希望 <input type="checkbox"/> 転居のため <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 終了	上記事業所が被保険者の担当を終了したのはいつですか。 令和 年 月 日まで 【終了の理由】 <input type="checkbox"/> 施設等入所のため(施設名:) <input type="checkbox"/> その他()

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複等
--------	---------------------------------	---------------------------------

(注意) 1 この届出書は、地域包括支援センターが変更及び終了になる場合に速やかに上越市へ提出してください。新規の場合は、上越市で住所情報が把握できるため、届出書を提出する必要はありません。

[届出書の提出が必要な場合]

- ・要支援の被保険者が市内転居(住所異動する、しないにかかわらず)する場合
- ・要支援の被保険者が施設入所する場合
- ・要支援の認定を受けている他市の被保険者(住所地特例者)の介護予防支援を行う場合
- ・要支援の認定を受けている当市の被保険者(住所地特例者)の介護予防支援を住所地所在の地域包括支援センター(又は居宅介護支援事業所)が行う場合。

2 介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず上越市に届け出て下さい。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 介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、今後計画を作成する事業所が届出書を提出してください。前事業所は終了の届出書を提出する必要はありません。

4 要介護から要支援に介護度が変わった場合、資格喪失(死亡・市外転出)、有効期間切れの場合は終了の届出書を提出する必要はありません。