

指定介護予防支援委託(変更)の届出書

年 月 日

市(区・町・村)長殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり、指定介護予防支援の一部を委託(変更)するので届け出ます。

		法人番号																				
地域包括支援センター	介護保険事業所番号											届出種別(該当に○)	新規		変更							
	名称																					
	所在地	(郵便番号 -) 都道府県 市区町村																				
	連絡先	電話番号	(内線)										FAX番号									
		Email																				
委託先	介護保険事業所番号																					
	フリガナ																					
	名称																					
	所在地	(郵便番号 -) 都道府県 市区町村																				
	連絡先	電話番号	(内線)										FAX番号									
		Email																				
委託する指定介護予防支援の内容(該当に○)	1	アセスメントの実施										7	モニタリング									
	2	介護予防サービス計画原案の作成										8	評価									
	3	サービス担当者会議の開催										9	給付管理									
	4	介護予防サービス計画原案の説明・同意										10	その他									
	5	介護予防サービス計画書の交付																				
	6	サービス提供の連絡調整																				
指定介護予防支援の一部を委託する期間		年 月 日 ~ 年 月 日																				

- 備考 1 届け出た内容に変更があるときは、全ての内容を記入し、再度提出してください。
 2 委託する指定介護予防支援の内容の「10 その他」を選択時は、下段に内容を記入してください。
 3 委託しようとする事業所が複数ある場合は、指定介護予防支援委託一覧を提出してください。
 記入欄が不足する場合は、行を追加又は複数ページに記入してください。