第１号様式（第５条関係）

総合事業サービス利用・終了申請書

令和　 年 月 日

大淀町長 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

住所

氏名

（続柄　　　　　）

電話番号

総合事業サービスを（利用・終了）したいので申請します。

利用開始の時期　 □直ちに

□要支援認定期間終了後

添付資料　 □介護保険被保険者証

□チェックリスト

　介護予防ケアマネジメントを実施するために必要があるときは、介護予防事業対象者把握にかかるチェックリスト及び要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、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大淀町から地域包括支援センター、介護予防・日常生活支援総合事業事業者、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、居宅サービス事業者、介護予防サービス事業者、地域密着型（介護予防）サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

　申請するにあたり、介護保険料の支払いの状況等の調査をされることに同意します。

本人氏名

第３号様式（第９条関係）

総合事業サービス利用更新申請書

令和　 年 月 日

大淀町長 様

申請者

住所

氏名

（続柄　　　　　）

電話番号

総合事業サービス利用の更新をしたいので申請します。

添付資料　 □介護保険被保険者証

□チェックリスト

　介護予防ケアマネジメントを実施するために必要があるときは、介護予防事業対象者把握にかかるチェックリスト及び要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、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大淀町から地域包括支援センター、介護予防・日常生活支援総合事業事業者、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、居宅サービス事業者、介護予防サービス事業者、地域密着型（介護予防）サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

　申請するにあたり、介護保険料の支払いの状況等の調査をされることに同意します。

本人氏名

第４号様式（第16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 氏 名 | | | | | | | 被 保 険 者 番 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  | |  | |
|  | | | | | | | 個 人 番 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  |
| 生 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性 別 | | | | | | |
| 明・大・昭　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男 ・ 女 | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援事業所名  地域包括支援センター名 | | |  | | | | 介護予防支援事業所の所在地  地域包括支援センターの所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 〒  （　　） | | | | | | | | | | | |
|  | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者  ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 〒  　　（　　） | | | | | | | | | | | |
|  | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※変更する場合のみ記入してください。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　変更年月日  （令和　　年　　月　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 大　淀　町　長　　様  　上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）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。  令和　　年　　月　　日  　届出者　　住　所：  　　　　　　氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 確認欄 | □　被保険者資格　　□　届出の重複  　□　介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | | | | |

(注意)１　この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防マネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに大淀町へ提出してください。

　　　２　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を依頼する介護予防支援事業所（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメント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うえ、必ず大淀町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、全額負担していただくことがあります。

　　　３　住所地特例の対象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してください。