

指定介護予防支援委託(変更)の届出書

年 月 日

稲城市長 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											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	サービス提供の連携・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 複数の委託先がある場合は、指定介護予防支援委託先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。

(参考) 記入欄不足時の資料
 指定介護予防支援委託先一覧

項番	介護保険事業所番号	委託先事業所			委託する指定介護予防支援の内容 (下記内容参照、該当番号に○、10は下段に内容を記載)										指定介護予防支援の一部を委託する期間		
		名称	所在地	連絡先	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1																	年 月 日 ~ 年 月 日
2																	年 月 日 ~ 年 月 日
3																	年 月 日 ~ 年 月 日
4																	年 月 日 ~ 年 月 日
5																	年 月 日 ~ 年 月 日
6																	年 月 日 ~ 年 月 日
7																	年 月 日 ~ 年 月 日
8																	年 月 日 ~ 年 月 日
9																	年 月 日 ~ 年 月 日
10																	年 月 日 ~ 年 月 日

■委託する指定介護予防支援の内容

- | | |
|------------------------|------------------|
| 1 : アセスメントの実施 | 6 : サービス提供の連携・調整 |
| 2 : 介護予防サービス計画原案の作成 | 7 : モニタリング |
| 3 : サービス担当者会議の開催 | 8 : 評価 |
| 4 : 介護予防サービス計画原案の説明・同意 | 9 : 給付管理 |
| 5 : 介護予防サービス計画書の交付 | 10 : その他 |