

大口町告示第35号

大口町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

令和5年3月28日

大口町長 鈴木雅博

大口町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱の一部を改正する要  
綱

大口町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（平成29年大口町告示第10号）の一部を次のように改正する。

別記様式を次のように改める。

別記様式（第4条関係）

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				
フリガナ									
					個 人 番 号				
					生 年 月 日				
年					月				
日									
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									
地域包括支援センター名						地域包括支援センターの所在地			〒
						電 話 番 号			( )
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号					サービス開始（変更）年月日				
					年 月 日				
介護予防支援事業所又は地域包括支援センターを変更する場合の理由等									
※変更する場合のみ記入してください。									
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			( )
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等									
※変更する場合のみ記入してください。									
大口町長 様 上記の介護予防支援事業所（地域包括支援センター）に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 住所 電話番号 ( ) 氏 名									
確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格		<input type="checkbox"/> 届出の重複					
		<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号							

介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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当該介護予防支援事業者に必要な範囲で掲示することに同意します。  
 年 月 日 氏名

- (注意) 1 この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第速やかに大口町へ提出してください。
- 2 介護予防ケアマネジメント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うえ、必ず大口町へ届け出てください。届出のない場合、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。

## 附 則

- 1 この要綱は、令和5年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際現に改正前の大口町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱の規定により作成された諸様式は、所要の修正を加え、当分の間、使用することができる。

大口町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱の一部改正新旧対照表

新	旧
<u>別記様式</u> <u>【別記】</u>	<u>別記様式</u> <u>【別記】</u>

新

別記様式（第4条関係）

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				
フリガナ									
					個 人 番 号				
					生 年 月 日				
年					月				
日									
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									
地域包括支援センター名			地域包括支援センターの所在地			〒			
						電話番号（ ）			
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号					サービス開始（変更）年月日				
					年 月 日				
介護予防支援事業所又は地域包括支援センターを変更する場合の理由等									
※変更する場合のみ記入してください。									
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（ ）			
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等									
※変更する場合のみ記入してください。									
<p>大口町長 様</p> <p>上記の介護予防支援事業所（地域包括支援センター）に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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>被保険者 住所 電話番号（ ）</p> <p>氏 名</p>									
確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号							

介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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当該介護予防支援事業者に必要な範囲で掲示することに同意します。

年 月 日 氏名

- （注意）
- 1 この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第速やかに大口町へ提出してください。
  - 2 介護予防ケアマネジメント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うえ、必ず大口町へ届け出てください。届出のない場合、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。

別記様式（第4条関係）

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										
フリガナ		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
		個 人 番 号										
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
		生 年 月 日	性 別									
年 月 日	男 ・ 女											
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												
地域包括支援センター名	地域包括支援センターの所在地	〒										
		電話番号 ( )										
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 ( )										
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理由等												
※変更する場合のみ記入してください。												
変更年月日 (      年      月      日付)												
大口町長 様 上記の地域包括支援センター（居宅介護支援事業者）に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												
被保険者住所氏名		電話番号 ( )										
確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター（居宅介護支援事業者）番号											
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											

- (注意) 1 この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第速やかに大口町へ提出してください。
- 2 介護予防ケアマネジメント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うえ、必ず大口町へ届け出てください。届出のない場合、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。