

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 市 区 府 県 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 市 区 府 県 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

2 : 介護予防サービス計画原案の作成

3 : サービス担当者会議の開催

4 : 介護予防サービス計画原案の説明・同意

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

7 : モニタリング

8 : 評価

9 : 給付管理

10 : その他