

指定介護予防支援委託(変更)の届出書

年 月 日

市(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。

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、【別紙】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。

【別紙】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