

指定介護予防支援委託(変更)の届出書

年 月 日

浜田地区広域行政組合 管理者 様

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。