

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント業務受託不可届出書

(あて先)高齢者あんしんセンター _____ あて

当居宅介護支援事業所は、下記被保険者の介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントの受託が困難なため、当該利用者の同意を得た上で、これまでのサービス計画に係る情報について提供いたします。

届出日 年 月 日

居宅介護支援事業所名 _____

担当介護支援専門員名 _____ 電話番号 _____

受託不可 開始年月日	年 月 日	要支援 1・2 (年 月 日～ 年 月末) 事業対象
被保険者氏名		被保険者番号
フリガナ	生年月日	性別
	年 月 日生	男・女
介護者氏名 (本人との関係:)	連絡先(日中連絡のつくもの)	

現在利用しているサービス(介護予防サービス・総合事業)

・訪問系

種類: [事業所名 曜日・時間等]

・通所系

種類: [事業所名 曜日・時間等]

・その他(在宅福祉サービスを含む)

[サービス種類 事業所名]

※ 被保険者および家族同意の上、次の書類を添付してください。

・更新申請により前回同様の要支援認定になったが事情により受託できない場合:

・要支援認定の認定有効期間満了後に事業対象者へと移行したが事情により受託できない場合:

・要支援認定の認定有効期間中であるが事情により受託できない場合:

・小規模多機能型居宅介護やグループホームを利用することになった場合:

□認定情報・主治医意見書 □評価表 □アセスメントシート 2015 等(持参)

・介護予防支援事業所の指定を受けた場合:

□認定情報・主治医意見書

・事業対象者でケアプランの期間途中であるが受託できない場合:

□評価表 □アセスメントシート 2015 等(持参)