穴水町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱

　（趣旨）

第１条　この要綱は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の実施に関し、法及び介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「省令」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

　（事業の目的）

第２条　総合事業は、本町の被保険者（法第115条の45第1項に規定する被保険者。以下「被保険者」という。）等が地域において自立した日常生活を営むことができるよう、地域の実情に応じて、支え合いの体制づくりを推進し、居宅要支援被保険者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目的とする。

　（定義）

第３条　この要綱において使用する用語の意義は、法、省令及び地域支援事業実施要綱（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知「地域支援事業の実施について」別紙。以下「通知」という。）で使用する用語の例による。

（事業構成及び内容）

第４条　町長は、総合事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

（１）　介護予防・生活支援サービス事業（法第115条の45第1項第1号に規定する事業。以下「第１号事業」という。）

ア　訪問型サービス（第１号訪問事業）

(ｱ)　介護予防訪問介護相当サービス

(ｲ)　訪問型サービスＡ

(ｳ)　訪問型サービスＢ

(ｴ)　訪問型サービスＣ

　(ｵ)　訪問型サービスＤ

イ　通所型サービス（第１号通所事業）

(ｱ)　介護予防通所介護相当サービス

(ｲ)　通所型サービスＡ

(ｳ)　通所型サービスＢ

(ｴ)　通所型サービスＣ

　　　ウ　その他の生活支援サービス（第１号生活支援事業）

エ　介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）

（２）　一般介護予防事業（法第115条の45第1項第2号に規定する事業）

ア　介護予防把握事業

イ　介護予防普及啓発事業

ウ　地域介護予防活動支援事業

エ　一般介護予防評価事業

オ　地域リハビリテーション活動支援事業

　（総合事業の実施方法）

第５条　町長は、総合事業を、町が直接実施する方法のほか、次に掲げる方法により実施するものとする。

　（１）　法第115条の45の3第1項の規定に基づく指定事業者による実施

（２）　法第115条の47第4項の規定に基づく施行規則第140条の69の規定に適合する者に対する委託による実施

（３）　施行規則第140条の62の3第1項第2号の規定に基づく補助による実施

　（サービス事業支給費の支給）

第６条　第１号事業支給費の額は、次に掲げるサービスの種類に応じ、それぞれ次に定める額とする。

（１）　介護予防訪問介護相当サービス及び介護予防通所介護相当サービス　前条の規定によりサービスの種類ごとに算定されたサービス事業に要する費用の額（その額が現に当該サービスに要した費用の額を超えるときは、当該サービスに要した費用の額とする。）の100分の90（法第29条の2に規定する政令で定める所得額以上である居宅要支援被保険者等である場合にあっては、100分の80）に相当する額

（２）　前号に掲げるサービス以外の訪問型、通所型サービス　別に町長が定める額

（支給限度額）

第７条　居宅要支援被保険者が総合事業を利用する場合の支給限度額は、法第55条第1項の規定により算出した額とする。

２　事業対象者が事業を利用する場合の支給限度額は、居宅介護サービス費等区分支給限度基準額及び介護予防サービス費等区分支給限度基準額（平成12年厚生省告示第33号）第2号イに規定する単位数により算定した額とする。ただし、退院直後で集中的にサービス利用することが自立支援につながると考えられるような場合等は、総合事業対象者における一時的な区分支給限度額変更承認申請書（別記様式第１号）を町長に提出し、町長が総合事業対象者における一時的な区分支給限度額変更承認通知書（別記様式第２号）により必要と認めた場合は、同第２号ロに規定する単位数により算定した額とすることができる。

３　前項の算定は、指定事業者が行う当該指定に係る事業について行う。

（高額介護予防サービス費等相当事業）

第８条　町長は、法第61条に規定する高額介護サービス費相当事業及び法第61条の2に規定する高額医療合算介護予防サービス費相当事業（以下「高額介護予防サービス費等相当事業」という。）を行うものとする。

２　高額介護予防サービス費等相当事業における支給要件、支給額その他高額介護予防サービス費等相当事業に関して必要な事項は、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第29条の2の2及び第29条の3の規定を準用する。

　（指定事業者の指定）

第９条　法第115条の45の3第1項の指定又は法第115条の45の6第1項の指定（更新）を受けようとする者は、穴水町介護予防・日常生活支援サービス事業者指定（更新）申請書（別記様式第３号）に、申請に係る必要書類を添付して、町長に提出しなければならない。

２　町長は、前項の規定による申請又は指定更新をしたときは、その内容を審査し、指定（更新）の可否を決定し、申請をした者に通知するものとする。

　（指定拒否）

第10条　指定事業者の指定については、事業所が第11条に規定する指定基準を満たした場合であっても、当該事業所を指定することにより本町のサービス事業の提供量を超過する場合、その他の本町における地域支援事業の円滑かつ適切な実施に支障が生じるおそれがあると認められる場合においては、当該事業所を指定しないことができる。

（指定事業者の指定基準）

第11条　指定事業者は、指定事業者の指定に係る事業所ごとに、次に掲げる区分に応じ、それぞれ次に定める指定基準に従って、サービス事業を行わなければならない。

（１）　訪問型サービス

ア　介護予防訪問介護相当サービス　旧指定介護予防サービス等基準に規定する旧介護予防訪問介護に係る基準の例による基準（この場合において、旧指定介護予防サービス等基準第37条第2項中「二年間」とあるのは「五年間」とする。）

イ　前号に掲げるサービス以外の訪問型サービス　別に町長が定める基準

（２）　通所型サービス

ア　介護予防通所介護相当サービス　旧指定介護予防サービス等基準に規定する旧介護予防通所介護に係る基準の例による基準（この場合において、旧指定介護予防サービス等基準第106条第2項中「二年間」とあるのは「五年間」とする。）

イ　前号に掲げるサービス以外の通所型サービス　別に町長が定める基準

　（指定の有効期間）

第12条　指定事業者の指定の有効期間（法第115条の45の6第1項の厚生労働省令で定める期間をいう。）は、次に掲げる区分に応じ、それぞれ次に定める期間とする。

（１）　（２）に掲げる指定事業者の指定以外の指定事業所の指定　６年間

（２）　医療介護総合確保推進法附則第13条の規定により訪問型サービス又は通所型サービスに係る指定事業者の指定を受けたものとみなされた者に係る当該指定事業者の指定　３年間

（変更等の届出）

第13条　指定事業者は、省令第140条の63の5第1項各号で定める事項に変更があったとき、又は休止した当該事業を再開したときは、10日以内に穴水町介護予防・日常生活支援総合事業所変更届出書（別記様式第４号）を町長に提出しなければならない。

２　指定事業者は、指定に係る事業の廃止又は休止しようとするときは、当該廃止又は休止の日の1月前までに、穴水町介護予防・日常生活支援総合事業所廃止（休止）届出書（別記様式第５号）を町長に提出しなければならない。

（本町の区域の外の事業所に係る特例）

第14条　第７条及び前条の規定に関わらず、指定事業者の指定に係る事業所が本町の区域の外にある場合であって町長が必要と認めるときは、当該事業所の所在する市町村（特別区を含む。）の要綱等で定めるところによる。

（事業の委託）

第15条　町長は、総合事業を法第115条の47第4項に規定する基準を満たす者（事業対象者に対して行う介護予防ケアマネジメントにあっては、同条第１項の厚生労働省令で定める者）に委託することができる。

　（指導及び監督）

第16条　町長は、総合事業の適切かつ有効な実施のため、第１号事業を実施する者に対し指導及び監督を行なうことができるものとする。

　（総合事業の利用料）

第17条　町長は、総合事業を通知別記１第２の１の（１）ア（エ）の①の（ａ）又は（ｂ）の方法により実施するときは、町長が別に定めるところにより、居宅要支援被保険者等に対して総合事業に要する費用の一部を負担させることができる。

（事業対象者の特定）

第18条　事業対象者の特定は、基本チェックリストの実施によって事業対象者となった日からとする。ただし、要支援認定更新時に基本チェックリストを実施した場合は、要支援認定の有効期間満了日の翌日からとする。

２　事業対象者が、基本チェックリストの実施によって事業対象者の基準に該当しなくなった場合は、当該基本チェックリストの実施日の属する月の翌月１日より、事業対象者の特定を無効とする。

（利用の届け出）

第19条　第４条に規定する事業を利用しようとする者は、介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書（別記様式第６号）に基本チェックリストを添えて町長に届け出なければならない。

２　町長は、前項の届出をした事業対象者に対し、当該者が事業対象者である旨、基本チェックリスト実施日等を被保険者証に記載し、これを返付するものとする。

３　第１項の届出は、居宅要支援被保険者等に代わって、当該者に対して第１号介護予防支援事業を行う地域包括支援センターが行うことができる。

（給付の一時差止）

第20条　町長は、総合事業による給付を受けている居宅要支援被保険者等が、保険料を滞納しており、かつ、当該保険料の納期限から１年を経過するまでの間に当該保険料を納付しない場合においては、特別の事情があると認める場合を除き、第１号事業給付費の全部又は一部の給付を一時差し止めるものとする。

（給付制限）

第21条　町長は、居宅要支援被保険者等について、保険料徴収権消滅期間があるときは、法第69条の例により、第１号事業支給費の給付を制限することができる。

２　町長は、総合事業による給付を受ける居宅要支援被保険者等が法第69条に規定する給付額減額等の記載を受けているときは、第６条第１項第１号の規定にかかわらず、当該記載を受けた日の属する月の翌月の初日から当該給付額の減額期間が経過するまでの間に利用した第１号事業に係る第１号事業支給費の額について、基準要綱第15条又は第27条で定める額の100分の70に相当する額を支給する。

（その他）

第22条　この要綱に定めるもののほか、総合事業の実施に関し必要な事項は、町長が別に定める。

　　　附　則

この要綱は平成２９年４月１日から施行する。

この要綱は平成３１年４月１日から施行する。

別記様式第１号（第７条関係）

新　規　・　継　続

総合事業対象者における一時的な区分支給限度額変更申請書

穴水町長

（申請者）　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

１　被保険者名

２　被保険者番号

３　住所

４　現在利用しているサービス

　　□介護予防訪問介護

　　□介護予防通所介護

　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５　区分支給限度額変更の理由

　１．退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援につながるため。

２．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　６　ケアプランの目標期間

　　　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日

　７　次回見直し時期

　　　　　　　年　　月　　日

【添付書類】介護予防サービス・支援計画書、サービス担当者会議の要点

※この様式は、確認を得て区分支給限度額を変更するために使用します。

※継続の必要がある場合は、次回見直し時期までに再度同じ書類をご提出ください。

別記様式第２号（第７条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

穴水町長

総合事業対象者における一時的な区分支給限度額変更承認通知書

　　　　年　　月　　日付で申請のあった総合事業対象者における一時的な区分支給限度額変更申請については、次のとおり決定したので通知します。

　利用者

　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　（被保険者番号　　　　　　　　　　）

　住　　所

　生年月日　　　　　　年　　月　　日

区分支給限度額変更等の適否

* 変更の対象と認めます。

期間　　　　　年　　月　　日から

　　　　　　　　　年　　月　　日まで

* 変更の対象と認めません。

　理由

条件

別記様式第３号（第９条関係）

穴水町介護予防・生活支援サービス事業者指定（更新）申請書

　　年　　　月　　　日

穴水町長

所在地

申請者　名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　印

穴水町介護予防・生活支援サービス事業者の指定（更新）を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 |  | | | | ＦＡＸ番号 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 法人の種別 | |  | | | | 法人所轄庁 | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 代表者の職名･氏名・生年月日 | | 職名 |  | | | フリガナ | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 代表者の住所 | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 |  | | | | ＦＡＸ番号 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 事　業　等　の　種　類 | | | | 実施事業 | 指定申請をする事業  （事業開始予定年月日） | | | | | | | | 指定更新申請をする事業（減に受けている指定の有効期間満了日） | | | | | | | | 付表 |
| 訪問型サービス |  | | |  |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | | |  |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
| 通所型サービス |  | | |  |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | | |  |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | | |  |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
| 介護保険事業所番号（既に指定を受けている場合） | | | | | | | | |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  | |

備考

１　「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」等の別を記入してください。

２　「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。

３　「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

付表１　第１号訪問事業所の指定に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | (郵便番号　　　―　　　)  　　　　　県　　　市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | |  | | | | | | | | | | | FAX番号 | | |  | |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 | | | | | | | | | | | | | | | | | 第　　　条第　　　項第　　　号 | | | |
| 管理者 | フリガナ | |  | | | | | | | | 住所 | | | (郵便番号　　　　―　　　　) | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | | | | |
| 当該事業所の他の職務との兼務の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有・無 |
| 同一敷地内にある他の事業所、施設等との兼務(兼務の場合記入) | | | | | | | 名称 | |  | | | | | | | | | | |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数(人) | | | | | | | | | 訪問介護員等 | | | | | | | | |  | | |
| 専従 | | | 兼務 | | | | | |
|  | 常勤(人) | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
| 非常勤(人) | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
| 常勤換算後の人員（人） | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 訪問事業  責任者 | | フリガナ | | | | |  | | | | | | | | 住所 | | | (郵便番号　　　　―　　　　) | | |
| 氏名 | | | | |  | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | |  | | | | | | | |
| フリガナ | | | | |  | | | | | | | | 住所 | | | (郵便番号　　　　―　　　　) | | |
| 氏名 | | | | |  | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | |  | | | | | | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | | | 法定代理受領分以外 | | | | | | |  | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用見込み数 | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | |

備考　　1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

　　　　2　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

付表２　第1号通所事業所の指定に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　)  　　　　　県　　　市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | | | |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 第　　　条第　　　項第　　　号 | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | 住所 | | | (郵便番号　　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | | | |
| 当該事業所の他の職務との兼務の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有・無 | | | | |
| 同一敷地内にある他の事業所、施設等との兼務(兼務の場合記入) | | | | | | | 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 実施する単位数 | | | | 単位 | | | | | | | | | 同時に提供できる通所事業の利用者の数の上限 | | | | | | | | | | | 人 | | |
| 従業者の職種・員数(人) | | | | | | | | | 訪問介護員等 | | | | 生活相談員 | | | | | | | 看護職員 | | | | | 機能訓練指導員 | |
| 専従 | | 兼務 | | 専従 | | | | 兼務 | | | 専従 | | | 兼務 | | 専従 | 兼務 |
|  | 常勤(人) | | | | | | | |  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |  |  |
| 非常勤(人) | | | | | | | |  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |  |  |
| 食堂及び機能訓練室の面積 | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位ごとのサービスの提供時間 | | | | | ①　　時　　分～　　時　　分 | | | | | | | | | | | | | ②　　時　　分～　　時　　分 | | | | | | | |
| 単位ごとの利用定員 | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | |
| 利用料 | | | | | 法定代理受領分以外 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用見込み数 | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　　1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

　　　　2　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

別記様式第４号（第１３条関係）

穴水町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所変更届出書

年　　　月　　　日

（宛先）穴水町長

所在地

申請者　　名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　印

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険  事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所 | | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | |  | | | | | | | | | | |
| 変更があった事項 | | 変更の内容 | | | | | | | | | | |
| １ | 事業所の名称 | （変更前） | | | | | | | | | | |
| ２ | 事業所の所在地・電話・FAX番号 |
| ３ | 申請者の名称 |
| ４ | 主たる事務所の所在地 |
| ５ | 代表者の氏名、住所及び職名 |
| ６ | 定款･寄附行為等及びその登録事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る） |
| ７ | 事業所の建物の構造、専用区画等 |
| ８ | 事業所の管理者の氏名及び住所 | （変更後） | | | | | | | | | | |
| ９ | 運営規程 |
| １０ | 重要事項説明書 |
| １１ | 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に関する事項 |
| １２ | 役員の氏名及び住所 |
| １３ | その他 |
| 変更年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |

備考　１　該当項目番号に〇を付してください。

　　　　２　変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第５号(第１３条関係)

年　　月　　日

穴水町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所廃止(休止)届出書

　　(宛先)

　　穴水町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

介護予防・日常生活支援総合事業者として指定を受けた事業を廃止(休止)したいので、穴水町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第13条の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 廃止(休止)する  事業所 | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名　　　　　称 |  | | | | | | | | | |
| 所　 在 　 地 |  | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | |
| 廃止(休止)する年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 廃止(休止)する理由 | |  | | | | | | | | | |
| 現にサービスを受けている者に  対する措置 | |  | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | | 年　 月　 日から　 年　 月　 日まで | | | | | | | | | |

備考　事業を廃止(休止)する日の1月前までに届け出てください。

別記様式第６号（第１９条関係）

介護予防サービス計画作成・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 | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | 性別 | | | |
| 明・大・昭  　　　年　 　月　　 　日 | | | | | | | | | | | 男・女 | | | |
| 介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者  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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護事業所名  地域包括支援センター名 | | |  | | | 介護予防支援事業書の所在地  地域包括支援センターの所在地 | | | | | | | | | | | | 〒927-0027 | | | | |
| 穴水町地域包括支援センター | | | | | | 穴水町字川島タの３８番地  　電話番号：（０７６８）５２－３３７８ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援又は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支援又は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下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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：（　　　　）　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援事業所若しくは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  （平成　　　　年　　　月　　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 穴水町長　様  　　上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画の作成又は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。  　　平成　　　年　　　月　　　日  被保険者住所：石川県鳳珠郡穴水町字  被保険者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　印  電話番号：（　　　　　　　）　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 確認欄 | * 被保険者証資格　□　届出の重複 * 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | １ | ７ | | ０ | | １ | | ７ | | ０ | | ０ | | ０ | １ | ３ |  | | |

（注意）１　この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が

決まり次第速やかに穴水町へ提出してください。

２　介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所

（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介

護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず穴水町へ届け出てください。

届け出のない場合、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。