

指定介護予防支援委託（変更）の届出書

年 月 日

（宛先）高松市長

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 -) 都道府県 市区町村				
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号		
	E-mail					
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 -) 都道府県 市区町村				
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号		
	E-mail					
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

- 届け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。
- 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。
- 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。