

介護予防ケアマネジメントへの切り替えに係る理由書

届出日 令和 年 月 日

<提出者>

地域包括支援センター名： _____

(当初のサービス計画作成事業者：) _____

地域包括支援センターとの業務委託契約あり

(被保険者番号： _____ 氏名： _____)

<理由> (該当にチェック)

- 当初のサービス計画に位置づけた予防サービスが未利用となった
 その他 (以下、詳細記入)
(_____)

確認事項

※給付管理が変更となった月の翌月以降も地域包括支援センターが給付管理を行う (委託業務を含む) 場合は、チェック

翌月以降も地域包括支援センターが給付管理を行います。

★備考★

- ・「当月サービスの未利用によって給付管理が変更となる場合」に届け出るものです。上記以外の理由で給付管理が変更となる場合、あらかじめ管轄の福祉事務所・介護保険課へご相談ください。(例：要介護度区分の見込み違いによる変更)
- ・介護予防支援から介護予防ケアマネジメントへの切り替わりが生じた場合、はじめに管轄の地域包括支援センターへご相談ください。
- ・岡山県国民団体連合会の処理日程によって、当月サービス計画に係る給付請求が利用月の翌々月となる場合があります。
(4月利用が切り替わる場合、翌月(5月)5日までに理由書を提出)

届出先

岡山市北区鹿田町一丁目1番1号
保健福祉会館7階
介護保険課管理係
連絡先 086-803-1240