

指定介護予防支援委託(変更)届出書

年 月 日

(あて先) 津市長

所在地

届出者

名 称

代表者の氏名

介護保険法第 115 条の 23 第 3 項の規定により、指定介護予防支援の一部を指定居宅介護支援事業者に委託しますので、介護保険法施行規則第 140 条の 35 第 1 項及び第 2 項の規定により、下記のとおり届け出ます。

			介護保険事業所番号										
届出に係る指定介護予防支援事業所			名称										
			所在地										
届出前		届出後											
指定居宅介護支援事業所名称	指定居宅介護支援事業所名称	所在地	委託する内容	委託期間	同一又は隣接区・支所の区域以外に所在する事業所に委託する理由								
事業所番号	事業所番号	電話番号											
			☐ 一括 ☐ その他 ()	年 月 日 ~ 年 月 日									
			☐ 一括 ☐ その他 ()	年 月 日 ~ 年 月 日									
			☐ 一括 ☐ その他 ()	年 月 日 ~ 年 月 日									
			☐ 一括 ☐ その他 ()	年 月 日 ~ 年 月 日									
			☐ 一括 ☐ その他 ()	年 月 日 ~ 年 月 日									

- 備考 1 届出時に委託契約を締結している全ての指定居宅介護支援事業者について記入してください。
- 2 「委託する内容」について、委託可能な業務を一括で委託する場合は「一括」にチェックをしてください。委託可能な業務の一部のみを委託する場合は「その他」にチェックをし、() 内に委託する業務を記載してください。
- 3 記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付してください。

届出前		届出後			
指定居宅介護支援 事業所名称	指定居宅介護支援 事業所名称	所在地	委託する内容	委託期間	同一又は隣接区・ 支所の区域以外に 所在する事業所に 委託する理由
事業所番号	事業所番号	電話番号			
			☐ 一括 ☐ その他	年 月 日 ～	
			()	年 月 日	
			☐ 一括 ☐ その他	年 月 日 ～	
			()	年 月 日	
			☐ 一括 ☐ その他	年 月 日 ～	
			()	年 月 日	
			☐ 一括 ☐ その他	年 月 日 ～	
			()	年 月 日	
			☐ 一括 ☐ その他	年 月 日 ～	
			()	年 月 日	
			☐ 一括 ☐ その他	年 月 日 ～	
			()	年 月 日	
			☐ 一括 ☐ その他	年 月 日 ～	
			()	年 月 日	
			☐ 一括 ☐ その他	年 月 日 ～	
			()	年 月 日	
			☐ 一括 ☐ その他	年 月 日 ～	
			()	年 月 日	
			☐ 一括 ☐ その他	年 月 日 ～	
			()	年 月 日	
			☐ 一括 ☐ その他	年 月 日 ～	
			()	年 月 日	
			☐ 一括 ☐ その他	年 月 日 ～	
			()	年 月 日	
			☐ 一括 ☐ その他	年 月 日 ～	
			()	年 月 日	
			☐ 一括 ☐ その他	年 月 日 ～	
			()	年 月 日	
			☐ 一括 ☐ その他	年 月 日 ～	
			()	年 月 日	
			☐ 一括 ☐ その他	年 月 日 ～	
			()	年 月 日	
			☐ 一括 ☐ その他	年 月 日 ～	
			()	年 月 日	
			☐ 一括 ☐ その他	年 月 日 ～	
			()	年 月 日	