**介護予防支援事業所指定事前相談票**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名（法人名） |  |
| 居宅介護支援事業所名 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 指定希望日 | （希望日のおおよそ１か月半までに事前相談すること、とＨＰに記載しています） |
| 併設サービス | 　[x]  居宅介護支援事業所[ ] 　訪問介護　　　[ ] 　通所介護　　　[ ] 　地域密着型通所介護　[ ] 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 書類の提出締切日 | **指定希望日の１か月前まで　※不備があった場合は翌月以降の指定になります** |
| 書類作成担当者 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 留意点 | 利用するサービスにより、指定介護予防支援事業所は計画作成できない場合があるので注意してください。①総合事業のみ利用 ＜要支援及び事業対象者＞ケアマネジメント費は事業所から国保連への請求ができないため、指定介護予防支援事業所は計画作成することができません。（包括からの委託は可）②予防サービスのみ、総合事業＋予防サービス ＜要支援＞指定介護予防支援事業所が計画作成することができます。但し、利用途中で総合事業のみの利用となった場合は、①のとおりとなります。③買い物支援おたがいさまサービス、短期集中予防サービス指定介護予防支援事業所が計画作成することができません。（包括からの委託も不可）[ ] 　上記注意点を確認しました。 |

区受領印

※当事前相談票の有効期限は、区受領日から３か月です。

期限を過ぎた場合、再度の提出が必要となりますのでご注意ください。