別紙１

　年　月　日

【指定居宅介護支援事業所】

　　　　　　　　　　御中

【いきいき支援センター】

介護予防支援・第1号介護予防支援事業依頼書

介護予防支援・第1号介護予防支援事業について下記のとおり依頼します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | |
| フリガナ |  | |
| 被保険者氏名 |  | |
| 性別 | 男　・　女 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日　（　　歳） | |
| 被保険者住所 |  | |
| 電話番号 |  | |
| ＦＡＸ番号 |  | |

　なお、委託契約書第９条第１項の規定により、依頼を受けることができない

場合は、受けることができない正当な理由を裏面に記載するとともに同条第３項の規定により、利用者に紹介を行った他の居宅介護支援事業所の名称等について記載のうえ、送り返してください。

【問い合わせ先】

　いきいき支援センター

担　当

電　話

　年　月　日

【いきいき支援センター】

【指定居宅介護支援事業所】

　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　事業所

　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　当事業所は、委託契約書第９条第１項の規定により、介護予防支援・第1号介護予防支援事業の依頼を受けることができませんので、下記のとおり報告します。

　また同条第３項の規定により、介護予防支援・第1号介護予防支援事業を依頼する指定居宅介護支援事業者を被保険者の方に紹介いたしましたので連絡します。

①依頼を受けることができない理由

|  |
| --- |
|  |

②紹介を行った他の指定居宅介護支援事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者番号 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |

　【問い合わせ先】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担　当

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話