

# 居宅(介護予防)サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

種 別	居宅・介護予防・介護予防ケアマネジメント						区 分	新規・変更
被 保 険 者 氏 名				性 別	被 保 険 者 番 号			
フリガナ					個 人 番 号			
生 年 月 日		年 月 日						
居宅(介護予防)サービス計画作成等を依頼(変更)する事業者 又は介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する地域包括支援センター								
事業所(地域包括支援センター)名				事業所の所在地 〒				
事業所番号				電話番号 ( ) -				
サービス開始(変更)年月日 (介護予防ケアマネジメント依頼書作成年月日)				年 月 日より				
事業所を変更する場合の事由等				※事業所を変更する場合のみ記入してください。				
地域包括支援センターから委託を受けて介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントを行う事業者								
事業所名				事業所の所在地 〒				
事業所番号				電話番号 ( ) -				
(介護予防)小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無								
居宅サービス等の利用 <input type="checkbox"/> あり (利用したサービス: ) <input type="checkbox"/> なし								
※小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス(居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。)及び地域密着型サービス(認知症対応型共同生活介護(短期利用型を除く。))地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を除く。)の利用の有無を記入してください。(介護予防を含む。)								
<p>中 間 市 長 あて</p> <p>上記の居宅介護(介護予防)支援事業者または地域包括支援センターに居宅(介護予防)サービス計画の作成または介護予防ケアマネジメントを依頼することを届出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>被 保 険 者</p> <p>氏 名 電話番号</p>								
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 事業所番号							

- (注意) 1 この届出書は、居宅(介護予防)サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所(地域包括支援センター)が決まり次第、速やかに中間市介護保険課へ提出してください。
- 2 居宅(介護予防)サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所(地域包括支援センター)を変更するときは、新たな事業所名、変更年月日を記入の上、必ず中間市介護保険課に届出してください。届出のない場合は、サービスにかかる費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
- 3 介護予防サービス計画の作成または介護予防ケアマネジメントを依頼する場合であって、住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村窓口へ提出してください。