

# 居宅サービス・介護予防サービス計画 新規作成依頼・事業者変更 届出書

中間市長 様

次のとおり届出します。

届出年月日

年

月

日

区分	
----	--

被 保 険 者 の 情 報	被保険者番号															個人番号												
	フリガナ																											
	被保険者氏名																											

事 業 所 の 情 報	居宅介護・介護予防事業所名																															
	事業所の種別 (居宅介護支援事業所/ 介護予防支援事業所)																															
	事業所の住所	郵便番号																														
	事業所の電話番号																															
	事業所番号																															
担当者(ケアマネジャー)の氏名																																

介 護 予 防 支 援 事 業 所 の 情 報	居宅介護支援事業所名																															
	居宅介護支援事業所の住所	郵便番号																														
居宅介護支援事業所の電話番号																																

変 更 の 情 報	変更の理由																											
	事業所を変更する年月日															年												

本人同意	<p>居宅サービス・介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者が居宅介護・介護予防支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護・介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。</p> <p><input type="checkbox"/> 同意する</p>																							
------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--