

居宅（介護予防）サービス計画等作成依頼（変更）届出書

										区 分		新規・変更			
被 保 険 者 氏 名						被 保 険 者 番 号									
フリガナ						個 人 番 号									
						生 年 月 日						性 別			
						明・大・昭 年 月						男 ・ 女			
居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者 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															
種 別		1 指定居宅介護支援事業所 2 小規模多機能型居宅介護支援事業所 3 指定介護予防支援事業所（地域包括支援センター） 4 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所													
事業者等の事業所名								事業所等の所在地		〒 -					
事業所番号															
事業所等を変更する場合の事由等						※事業所等を変更する場合のみ記入してください。									
適 用 開 始 日		年 月 日 から													
小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護を利用する場合の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無						※小規模多機能型居宅介護又は看護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（夜間対応型訪問看護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護（短期利用型）に限る。）の有無を記入してください。（介護予防サービスの場合も同様に記入してください。）									
☐ 居宅（介護予防）サービス等の利用あり （利用したサービス： ） ☐ 居宅（介護予防）サービス等の利用なし															
芽室町長 あて 上記の事業者（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又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。 届出日 年 月 日 住 所 被保険者 電話番号 （ ） 氏 名															
保険者確認欄		☐ 事業者届出 ☐ 本人（家族等）届出 ☐ その他（郵送等： ）													
		【処理確認】 ☐ 入力済（入力日 ） ☐ F A X 済 ※認定（申請中・認定済）													

(注意) 1 この届出書は要介護認定の申請時、又は居宅サービス計画の作成等を依頼する事業所が
決まり次第速やかに茅室町へ提出してください。

2 居宅サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更事由等と適用開始日を記入のうえ、必ず茅室町に届出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

3 要支援認定者（総合事業対象者）で住所地特例対象施設に入居中の場合は、その施設が所在する市区町村の窓口へ提出してください。

※介護保険被保険者証（若しくは資格者証）を添付して提出してください。