

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

		届出区分	
		新規・変更・終了	
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
		個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日		
居宅(介護予防/介護予防ケアマネジメント)サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者			
事業者の事業所名		事業所の所在地	〒
		電話番号 ( )	
事業所を変更する場合の事由等	※事業所を変更/終了する場合のみ記入してください。		
新規・変更・終了年月日	年 月 日		
(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	※(介護予防)小規模多機能型居宅介護の利用開始月において、給付管理を必要とする居宅サービス等の利用の有無とサービス種別を記入してください。		
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり 利用したサービス➡ <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし			
(あて先) 那珂川市長  上記のとおり { 居宅介護支援事業者 小規模多機能型居宅介護事業者 介護予防支援事業者 } に { 居宅サービス計画 介護予防サービス計画 介護予防ケアマネジメント計画 } の  作成について届け出します。  年 月 日  住所 被保険者 電話番号 ( ) 氏 名			
提出代行者			
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"/> 居宅介護支援事業者事業所番号 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号		

(注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時、若しくは、居宅サービス計画の作成を依頼する事業が決まり次第速やかに那珂川市役所高齢者支援課介護保険担当(電話092-953-2211)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、変更年月日を記入のうえ、必ず那珂川市役所高齢者支援課介護保険担当に届け出てください。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。