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

被保険者氏名		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/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	※事業所を変更する場合のみ記入してください。
新規・変更年月日	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。

□ 居宅サービス等の利用あり
※「あり」の場合 利用したサービス➡
□ 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

作成を依頼することを届け出ます。

なお、依頼する事業所が(居宅介護支援 ・ 小規模多機能型居宅介護 ・ 介護予防支援等)を提供するに当たり、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を当該事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

年 月 日

住 所

被保険者 電話番号 ( )

氏 名 ㊞

※自署があれば押印は不要です。

提出代行者 担当

保険者確認欄	□ 被保険者資格 □ 届出の重複 □ 居宅介護支援事業者事業所番号 □ 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。