

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

1 居宅サービス計画 2 介護予防サービス計画 3 介護予防ケアマネジメント			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 日			男 ・ 女	
居宅（介護予防）サービス計画・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼（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下さい。		
		変更年月日 (令和 年 月 日付)		
事業所の種類				
<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター		<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所		
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 <input type="checkbox"/> なし		
(宛先) 今治市長 上記の事業者へ居宅（介護予防）サービス計画・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼することを届出します。 令和 年 月 日 住 所 _____ 被保険者 電話番号 _____ () _____ 氏 名 _____ (代筆者氏名： _____ 続柄： _____)				
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等事業所番号		受 付 印 <input type="checkbox"/> 入力済み <input type="checkbox"/> 未入力

(注意) 1 この届出書は要介護認定の申請時に、若しくは、居宅（介護予防）サービス計画・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに**被保険者証と一緒に**、介護保険課または支所の介護保険担当課へ提出してください。

2 居宅（介護予防）サービス計画・介護予防ケアマネジメント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 介護保険課または支所の介護保険担当課に届け出てください。届け出のない場合、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。