

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

区分	新規 ・ 変更 (<input type="checkbox"/> 要支援⇒要介護、 <input type="checkbox"/> 要介護⇒要支援、 <input type="checkbox"/> 居宅の変更)		
個人番号		被保険者番号	
被保険者氏名		生 年 月 日	性 別
フリガナ		明 ・ 大 ・ 昭	
		年 月 日	
居宅サービス計画または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・地域包括支援センター			
事業所名・地域包括支援センター名		所在地	
		〒 -	
事業者番号	電話番号()		-
介護予防支援または介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援または介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地	
		〒 -	
事業者番号	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選択・記入してください。 変更年月日(令和 年 月 日付)			
<input type="checkbox"/> 本人の希望による変更 <input type="checkbox"/> 認定区分変更に伴う事業所の変更 <input type="checkbox"/> 総合事業に係る遡及 <input type="checkbox"/> その他()			
<p style="text-align: center;">玉 野 市 長 あて</p> 上記の事業者には <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画 <input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント を依頼することを届出します。 また、居宅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が居宅介護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支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。 令和 年 月 日 住 所 被保険者 氏 名 電話番号() -			
※本人が署名しない場合は、記名押印してください。			
※小規模多機能型居宅介護を利用される場合			
作成区分		<input type="checkbox"/> 要支援 1、2 ・ <input type="checkbox"/> 要介護 1～5	
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		※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(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(夜間対応型訪問介護、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。)の利用の有無を記入してください。	
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等利用あり (利用したサービス:)			
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし			
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"/> 事業者事業所番号 (暫定ケアプランでのサービス利用 : 有 ・ 無) (認定申請月のケアプラン代の請求 : 可 ・ 不可)	入力者	受付日

(添付書類) 介護保険被保険者証(原本)

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定または要支援認定の申請時に、若しくは居宅サービス計画または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、速やかに玉野市長寿介護課へ提出してください。
- 2 居宅サービス計画の作成または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、必ず玉野市長寿介護課に届け出してください。
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 原則として、玉野市長寿介護課での受付日を登録開始日とします。
何らかの理由で、登録開始日に書類の提出が困難なときは、事前に連絡ください。