

居宅(介護予防)サービス計画作成等依頼(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	
		明・大・昭 年 月 日	
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			
事業所等の名称		事業所等の所在地	
事業者番号		電話番号 ()	
適用年月日		年 月 日から適用	
事業所等を変更する場合の理由		※事業所等を変更する場合のみ記入してください。	
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開始月における居宅サービス等の利用の有無		※居宅(介護予防)サービス計画の作成依頼先が小規模多機能型居宅介護事業者又は看護小規模多機能型居宅介護事業者の場合に記入してください。	
利用した居宅(介護予防)サービス <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護(短期利用以外) <input type="checkbox"/> その他の居宅(介護予防)サービス		利用した地域密着型(介護予防)サービス <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護(短期利用以外) <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(短期利用以外) <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用以外) <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護(短期利用以外) <input type="checkbox"/> その他の地域密着型(介護予防)サービス <input type="checkbox"/> 居宅(介護予防)サービス・地域密着型(介護予防)サービスの利用なし	
(宛先) 所沢市長 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。 年 月 日 住 所 被保険者 電話番号 () 氏 名			
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複	

- (注意) 1 この届出書は、居宅(介護予防)サービス計画の作成等を依頼する事業所等が決まり次第、速やかに所沢市へ提出してください。
- 2 居宅(介護予防)サービス計画の作成等を依頼する事業所等を変更するときは、適用年月日を記入の上、必ず所沢市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。
- 3 介護予防サービス又は介護予防・日常生活支援総合事業を利用する者で、住所地特例対象施設に入居中のものは、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。