

居宅(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	介護	介護予防	総合事業		
被保険者氏名		被保険者番号			個人番号	生年月日	性別
						年 月 日	
居宅サービス計画の作成について (いずれかの数字を○で囲んでください)		1. 居宅介護支援(小規模多機能型居宅介護)事業者に依頼する 2. 事業者に依頼しない(被保険者が作成する) 3. 介護予防支援(介護予防小規模多機能型居宅介護)事業者/地域包括支援センターに依頼する					
居宅(介護予防)サービス計画の作成を事業者に依頼する場合又は、 介護予防ケアマネジメントの作成を地域包括支援センターに依頼する場合に、記入してください。							
事業者の事業所名		事業者の所在地			〒		
					電話番号 ()		
介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成を居宅介護支援事業者に委託する場合に、委託先の事業者を記入してください。							
事業者の事業所名		事業者の所在地			〒		
					電話番号 ()		
事業者の変更事由							
開始(変更)年月日 (年 月 日付)							
(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、利用開始前の居宅サービス等の利用有無							
※ (介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者に変更する場合に、記入してください。							
<input type="checkbox"/>	居宅サービスの利用有り		利用した居宅サービス				
<input type="checkbox"/>	居宅サービスの利用無し						
山県市長 様 上記の居宅(介護予防)支援事業者(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します。 年 月 日 住 所 被保険者 氏 名 電話番号 ()							

居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼(変更)する居宅(介護予防)支援事業者が居宅(介護予防)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・意見書及び主治医意見書を当該居宅(介護予防)支援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 被保険者氏名

- (注意) 1 この届出書は、要介護(支援)認定の申請時に、もしくは、居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼する居宅(介護予防)支援事業所が決まり次第速やかに山県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を依頼する居宅(介護予防)支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず山県市へ届け出てください。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。

受付確認	本人	<input type="checkbox"/> 個番	1点	<input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> 個カ <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> 在カ	確認者
			2点	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 介保 <input type="checkbox"/> 負証 <input type="checkbox"/> 高証 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 福証 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	代理人	<input type="checkbox"/> 代身 <input type="checkbox"/> 委任			