

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

		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	
		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・看護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)事業者に依頼する	
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事業者に依頼する場合は記入してください。			
事業者の事業所名	事業者の所在地	〒	
		電話番号 ()	
介護予防支援・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・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。			
事業者の事業所名	事業者の所在地	〒	
		電話番号 ()	
事業所の変更事由	※事業所を変更する場合のみ記入してください。		
	変更年月日 (令和 年 月 日付)		
小規模多機能型居宅介護・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	居宅サービスなどの利用あり (利用したサービス:) 居宅サービスなどの利用なし		
<p>龍ヶ崎市長 様</p> <p>上記のとおり居宅サービス計画の作成について届け出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>被保険者 電話番号 ()</p> <p>氏名 印</p>			
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番号		
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日 氏名</p>			

(注意) 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龍ヶ崎市介護福祉課へ提出してください。

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、必ず龍ヶ崎市介護福祉課に届け出してください。 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 ことがあります。