

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



区分	居宅・介護予防・介護予防ケアマネジメント (新規・変更)		
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ		0 0 0	
		個人番号	
		生年月日	
		性別	
		年 月 日	
		男・女	
居宅サービス計画作成等を依頼(変更)する事業所			
事業所名	事業所の所在地 〒 -		
事業所番号	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記入			
居宅サービス計画作成等の依頼年月日(変更の場合は変更日) ※(介護予防)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を利用する場合はサービス利用開始日		年 月 日	
高齢者相談支援センター(地域包括支援センター)から委託を受けて介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントを行う事業所 ※委託を受ける場合のみ記入			
事業所名	事業所の所在地 〒 -		
事業所番号	電話番号 ( ) -		
(介護予防)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 ※(介護予防)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を利用する場合のみ記入			
居宅サービス等の利用 <input type="checkbox"/> あり (利用したサービス: ) <input type="checkbox"/> なし			
※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前の居宅サービス(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、地域密着型通所介護、認知症対応型共同生活介護(短期利用型)、地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用型)及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護に限る。)の有無を記入してください。(介護予防サービス又は第1号事業の場合も同様に記入してください。)			
(宛先) 知多北部広域連合長 上記の支援事業所等に居宅サービス計画作成等を依頼することを届け出ます。 年 月 日 住所 被保険者 氏名 (印) 電話番号 ( ) -			

保険者確認欄 (市町担当)	<input type="checkbox"/> 被保険者資格・認定内容の確認 (事業対象者・要支援・要介護)
	<input type="checkbox"/> 届出重複
	<input type="checkbox"/> 居宅(介護予防)支援事業所承諾 ※変更の場合は、変更前の事業所への連絡も確認
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能居宅介護又は看護小規模多機能居宅介護の利用開始日(利用日)確認・開始月の他の居宅サービス利用の有無
	<input type="checkbox"/> 被保険者証発行 済・未 (申請中・その他の理由・ 月 日 資格喪失)

注意事項

- この届出書は、居宅サービス計画作成等を、ご希望の居宅介護支援事業所又はお住まいの圏域の高齢者相談支援センター(地域包括支援センター)に申し込み、承諾を得たのち、速やかに届け出てください。
- 居宅サービス計画作成等を依頼する事業所を変更したときは、新たな事業所名及び変更年月日を記入の上、その都度届け出てください。
- この届出がない場合は、サービスに要する費用を一旦、全額自己負担していただき、後に払い戻しを受けることになる場合があります。
- 届出の際には、介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を添えて、各市町の介護保険担当窓口へ提出してください。(介護予防ケアマネジメント依頼届出書の場合は、介護保険被保険者証又は介護保険資格者証の添付は不要です。また、各市町の介護保険担当窓口のほか、高齢者相談支援センター(地域包括支援センター)又は保健担当窓口へ提出することができます。)
- 介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出の場合、個人番号欄の記入は不要です。

係長	係	課長	受付者