

居宅・介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメント作成依頼(変更)届出書

被 保 険 者 名				被 保 険 者 番 号							
フリガナ											
				個人番号							
生 年 月 日		年 月 日		性 別		男 ・ 女					
居宅・介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者											
事業者番号				事業者の所在地				〒			
事業所名				電話番号 ()							
介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメントを受諾する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が受諾する場合のみ記入してください。											
事業者番号				事業者の所在地				〒			
事業所名				電話番号 ()							
事業所を変更する場合の事由		※事業所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または複合型サービス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または複合型サービス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"/> 居宅サービス等の利用あり (利用したサービス)						<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし					
適用年月日 (いつからサービス計画の作成を依頼するのか記載)				年 月 日から適用する。							
長 与 町 長 様 <input type="checkbox"/> 上記の居宅介護支援事業所等に、居宅介護サービス計画の作成を依頼することを届出します。 <input type="checkbox"/> 上記の介護予防支援事業所等に、介護予防サービス計画の作成及び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。 年 月 日 被保険者 住所 電話番号 () 氏名											
届出に来られた方 ※上記被保険者(本人)の場合は記入する必要はありません。											
氏名				被保険者との関係 家族 ・ 代理人 ・ 事業所 ・ その他()							
処理欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 事業所番号 <input type="checkbox"/> 届出の重複				収受					

- (注意)
- この届出書は、要介護・要支援認定の申請時あるいは、居宅・介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者が決まり次第すみやかに提出してください。
 - 居宅・介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメント依頼する事業者を変更するときは、必ず届出をしてください。届出のない場合、いったんサービスにかかる費用の全額を自己負担していただく場合があります。
 - 届出の際は、介護保険被保険者証または介護保険資格者証を添えて提出してください。

問い合わせ先

長与町役場介護保険課認定給付係(Tel.095-883-1111)