

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

【該当届出事業者に○印を付して下さい。】

1.居宅介護支援事業者 2.介護予防支援事業者 3.小規模多機能型居宅介護事業者 4.地域包括支援センター

※3を選択した場合、利用開始月における居宅サービス等の利用：有(サービス名：)・無

区 分
新規・変更

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
生 年 月 日	性 別	個 人 番 号	
年 月 日	男 ・ 女		
居宅(介護予防)サービス計画作成を依頼(変更)する(介護予防支援)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			
居宅介護(介護予防)支援事業所名 地域包括支援センター名		居宅介護(介護予防)支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地	〒
居宅介護支援 専門員氏名	(登録番号)	電 話 番 号	
介護予防支援又は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又は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。			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地	〒
居宅介護支援 専門員氏名	(登録番号)	電 話 番 号	
居宅介護(介護予防)支援事業所又は地域包括支援センターを変更する場合の事由等 ※変更する場合のみ記入してください。			
変更年月日 (年 月 日 付)			
<p>八 幡 浜 市 長 様</p> <p>上記の居宅介護(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出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>被保険者 氏名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</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(介護予防)支援事業者等事業所(地域包括支援センター)番号		

- (注意) 1 この届出書は、要介護(要支援)認定の申請時に、若しくは、居宅(介護予防)サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第、速やかに八幡浜市(八幡浜市保健福祉総合センター)へ提出してください。
- 2 居宅(介護予防)サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する居宅介護(介護予防)支援事業所又は介護予防支援若しくは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所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず八幡浜市(八幡浜市保健福祉総合センター)に届出してください。届出の無い場合、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 住所地特例の対象施設に入居中の場合(居宅サービス計画作成を依頼する場合を除く。)は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。