

居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(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
	明・大・昭 年 月 日

居宅(介護予防)サービス計画作成を依頼(変更)する事業者

事業者の事業所名	事業所の所在地	〒
	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ください。

変更年月日
(年 月 日付)

小規模多機能型居宅介護(予防)の利用開始月における居宅(介護予防)サービスの有無 ※小規模多機能型居宅介護(予防)の利用前の居宅(介護予防)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)に限る。)の利用の有無を記入してください。

居宅サービス等の利用あり (利用したサービス：)

居宅サービス等の利用なし

岩見沢市長 様

上記の小規模多機能型介護事業所に居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼することを届出します。

年 月 日
〒 -
住 所
被保険者
氏 名

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"/> 小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号	

(注意)

- この届出は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに岩見沢市役所高齢介護課に提出してください。
- 居宅(介護予防)サービス計画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、必ず岩見沢市役所高齢介護課に届出してください。届出のない場合、サービスにかかる費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
- 現在、介護保険施設に入所されている方は、この届出書の提出の必要はありません。
- 既に、この届書を提出されている方は、今回必要ありません。