

居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書

※太枠の中を記入してください。

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
	年 月 日
居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（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
事業所番号	事業所適用（変更）開始日
	年 月 日
事業所を変更する場合の理由等 ※事業所を変更する場合のみ記入してください	
<p style="text-align: center;">小規模多機能型居宅介護等の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無</p> <p>※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所者生活介護を除く。）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。</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅サービスの利用あり（利用したサービス _____）</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅サービスの利用なし</p>	
<p>土佐清水市長 様</p> <p>上記の事業者に居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p>被保険者 _____ 電話番号 _____</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>	
<p>居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護（介護予防）支援事業者が居宅介護（介護予防）支援の提供に当たり、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（介護予防）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 style="text-align: right;">_____年 _____月 _____日 氏名 _____</p>	

- (注意) 1 この届出書は、要介護（支援）認定の申請時に、又は居宅（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土佐清水市へ提出してください。なお、届出の際には介護保険被保険者証を添えて提出してください。
- 2 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上、必ず土佐清水市（健康推進課介護保険係）に届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただく場合があります。

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）事業者事業所番号