

居宅サービス計画・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					
ふりがな	個人番号					
	生年月日	性別				
	大・昭 年 月 日					

※下記太枠内は、事業者に十分確認してから記入してください。

居宅サービス計画又は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 ()
居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者 事業所番号	
サービス計画作成開始年月日	令和 年 月 日
上記の支援事業者が小規模多機能型居宅介護支援事業者又は介護予防小規模多機能型居宅介護支援事業者の場合のみ記入してください。	
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	※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	

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してください。
(宛先) 中央区長 上記の支援事業者に居宅サービス計画・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。 令和 年 月 日 住 所 電話番号 () 被保険者氏名	

計画の作成を依頼（変更）する支援事業者が居宅介護支援・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ときは、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支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。 年 月 日 氏名（署名）
--

- (注意) 1. この届出書は、居宅サービス計画又は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、速やかに福祉保健部介護保険課へ提出してください。
 2. 居宅サービス計画又は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も、必ず福祉保健部介護保険課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ことがあります。

課 長	係 長	入 力	受 付