

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・廃止) 届出書									
届出区分	被保険者氏名	被保険者番号			□名寄市 □その他 ()				
<input type="checkbox"/> 新規	フリガナ								
<input type="checkbox"/> 変更		生 年 月 日							
<input type="checkbox"/> 廃止		年 月 日							

居宅・介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼 (変更・廃止) する事業者									
事業者の事業所名			事業所の所在地						
			〒						
契約等の発効 (失効) 年月日			※サービス事業対象者の場合は登録日			電話番号 ()			
年 月 日									
介護保険事業所番号									
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。						
□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						

(届出先) 名寄市長 様
(いずれかにチェック)

上記の居宅介護支援事業者等に、居宅介護サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。

上記の介護予防支援事業所 (地域包括支援センター) に、介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。

上記の居宅介護支援事業者等、介護予防支援事業所 (地域包括支援センター) との契約を廃止することを届け出ます。

年 月 日
住所
(被保険者) 氏名 電話番号 ()

氏名 ㊟

(注意)

- 要介護・要支援認定申請後、サービスを利用する際は、事前に居宅・介護予防サービス計画作成について、被保険者登録のある名寄市へ提出してください。
- 市内の住所地特例の対象施設に入居中で、介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼するときは、本様式で名寄市へ提出してください。
- 居宅介護支援事業者等・介護予防支援事業所 (地域包括支援センター) を変更するとき (または契約が失効したとき) は、変更年月日 (失効年月日) を記入の上、必ず名寄市に届け出てください。変更の届出のない場合は、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。

受理年月日	※「居宅介護支援事業者等」とは、居宅介護支援・小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護事業者・看護小規模多機能型居宅介護事業者をいいます。		
	保険者確認欄		
	(共通)	(要介護・要支援)	入力
	<input type="checkbox"/> 事業所番号	<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援	
	<input type="checkbox"/> 届出の重複		