

居宅(介護予防)サービス計画作成等依頼(変更)届出書

居宅介護支援		介護予防支援		事業対象者		該当するものにレ印を付けてください。	
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 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							
事業所等の名称				事業所等の所在地			
事業所番号				電話番号		( )	
適用年月日				年 月 日から適用			
事業所等を変更する場合の理由				事業所等を変更する場合のみ記入してください。			
<p>(宛先) 所沢市長</p> <p>上記の事業者(地域包括支援センター)に居宅(介護予防)サービス計画の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け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>被保険者 電話番号 ( )</p> <p>氏名</p> <p>(代筆者氏名: 本人との関係: )</p>							
事業所等確認欄		上記の事業所等が提出する場合のみ、レ印を付けてください。 この届出書の提出を上記の事業所等が代理することについて、本人の同意を得ています。					
小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護事業所記入欄		利用開始月における居宅(介護予防)サービス等の利用の有無について、該当するものにレ印を付けてください。 居宅(介護予防)サービス等の利用あり (利用したサービス: ) 居宅(介護予防)サービス等の利用なし					
保険者確認欄		被保険者証原本添付(有・無) 証発行( / )					

- (注意) 1 この届出書は、居宅(介護予防)サービス計画の作成等を依頼する事業所等が決まり次第、速やかに所沢市へ提出してください。
- 2 居宅(介護予防)サービス計画の作成等を依頼する事業所等を変更するときは、適用年月日を記入の上、必ず所沢市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。
- 3 介護予防サービス又は介護予防・日常生活支援総合事業を利用する者で、住所地特例対象施設に入居中のものは、その施設が所在する市区町村の窓口へ提出してください。