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)届出書

区分	新規 ・ 変更

フリガナ 被保険者 氏　　名		被保険者番号	
		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日

居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者の名称等
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の名称等

事業者の事業所名	事業所の所在地　〒 電話番号　　(　　)
事業者番号	

サービス計画作成の依頼年月日 (変更の場合は変更日)	平成　　年　　月　　日より

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下さい。)**

(介護予防)小規模多機能型居宅介護(短期利用を除く)または看護小規模多機能型居宅介護(短期利用を除く)の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無
※(介護予防)小規模多機能型居宅介護(短期利用を除く)または看護小規模多機能型居宅介護(短期利用を除く)を利用する場合のみ記入して下さい。

□ 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

※小規模多機能型居宅介護(短期利用を除く)または看護小規模多機能型居宅介護(短期利用を除く)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(短期利用型を除く)を除く。)及び地域密着型サービス(夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、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)及び地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用型)及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護に限る。)の有無を記入してください。(介護予防サービスの場合も同様に記入して下さい。介護予防・生活支援サービス事業(地域支えあい事業、自立支援型配食サービスは除く。)の場合も利用の有無を記入して下さい。)

(あて先)名古屋市　　区長

□ 上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届出します。
□ 上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に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(要支援)を依頼することを届出します。
□ 上記の地域包括支援センターに介護予防ケアマネジメント(事業対象者)を依頼することを届出します。

平成　　年　　月　　日

被保険者　住所

氏名　　電話番号　　(　　)

窓口に来られた方　**(※ご本人が来所された場合は記入する必要はありません。)**

住所

氏名　　電話番号　　(　　)

〔被保険者との関係 ・・・ 家族 ・ 事業者 ・ その他(　　)〕

保険者処理欄		決裁		処理		
	□被保険者資格 □認定等 (要支援 ・ 要介護 ・ 事業対象者) □届出の重複　□送達先変更の要否 □居宅(介護予防)支援事業者番号 □小規模多機能または看護小規模多機能利用開始月の居宅サービス等利用の有無	課長	係長	受付	入力	保険証(資格者証)

(注意)
1 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事業所が決まり次第、この届出書をお住まいの区の区役所または支所へ提出して下さい。
2 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事業所を変更する場合は、変更年月日を記入のうえ、必ず区役所または支所へ届け出て下さい。
3 届出のない場合、サービス利用にかかる費用を、一旦全額自己負担していただくことがあります。
4 届出の際には、介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を添えて提出して下さい。
5 住所地特例の対象施設に入居中の要支援者・事業対象者の方は、その施設の住所地の市町村窓口へ提出してください。