介護保険居宅介護サービス計画・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 | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  | | |  |  | |  | |  | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 生　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護サービス計画等の作成を依頼（変更）する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者及び事業所の名称 | | | | | |  | | | | | | | 事業所の所在地 | | | | | 〒 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番　号 |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  | 電話番号（　　　）　　　― | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス開始（変更）年月日 | | | | | | | | | | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （看護）小規模多機能型居宅介護等又は介護予防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又は介護予防サービス等の利用の有無 | | | | ※（看護）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。）又は介護予防小規模多機能型居宅介護の利用前の介護予防サービス（介護予防居宅療養管理指導及び介護予防特定施設入居者生活介護を除く。）及び地域密着型介護予防サービス（介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　居宅サービス等又は介護予防サービス等の利用あり  （利用したサービス：　　　　　　　　　　　　　）  □　居宅サービス等又は介護予防サービス等の利用なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 安城市長  　上記の居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者に居宅介護サービス計画等の作成を依頼することを届出します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　住　所  　　被保険者  　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　（※）  （※）本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。  　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　）　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者  確認欄 | □　被保険者資格　　　　　 □　届出の重複 | | | | | | | | | | | | | | | | 受付者 | | | | 入力者 | | | | 保険証 | | |
| □　認定（要支援・要介護） □　事業者番号 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | 入力済  ・  申請中 | | |
| □　事業対象者（要チェックリスト） | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |

備考

１　この届出書は、居宅介護サービス計画等の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに介護保険被保険者証を添えて安城市役所高齢福祉課に提出してください。

２　居宅介護サービス計画等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、介護保険被保険者証を添えて必ず安城市役所高齢福祉課に届け出てください。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。