

居宅サービス・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  |  |
| 太線の枠の中をご記入ください。  |  |  |  |
| 被保険者（サービスを受ける本人）氏名   |  | 被 保 険 者 番 号                                      |  |
| フリガナ <b>チヨウジュ タロウ</b>  |  | 0 0 0 0 0 9 9 9 9 9                              |  |
| <b>長 寿 太 郎</b>   |  | 生 年 月 日  |  |
|  |  | 明 <b>大</b> ・昭 <b>11</b> 年 <b>1</b> 月 <b>11</b> 日 |  |
| 居宅サービス・介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する事業者  |  |  |  |
| 事業者の事業所名   | 事業所の所在地 〒 —                                    |  |  |
| <b>○×在宅介護支援センター</b>  | <b>刈谷市福祉町1-1</b><br>電話番号 <b>(0566) 62-1111</b> |  |  |
| 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。                         |  |  |
|  | 変更年月日<br>( 年 月 日付)                             |  |  |
| 刈谷市長<br>上記の事業者に居宅サービス・介護予防サービス計画作成を依頼することを届出します。<br>●●年●●月●●日<br>被保険者 住 所 <b>刈谷市福祉町1-2</b><br>氏 名 <b>長 寿 太 郎</b><br>電話番号 <b>(0566) 62-1111</b> |  |  |  |

|        |                                 |  |
|--------|---------------------------------|--|
| 保険者確認欄 | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 |  |
|        | <input type="checkbox"/> 届出の重複  |  |
|        | <input type="checkbox"/> 事業所番号  |  |

- 備考 1 この届出書は、要介護認定の申請時、又は居宅サービス・介護予防サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに刈谷市役所長寿課に提出してください。
- 2 居宅サービス・介護予防サービス計画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、必ず刈谷市役所長寿課に届出してください。届出がない場合、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 この届出書により、介護予防・生活支援サービス事業を利用するための介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届をすることができます。この場合、「事業所」を「地域包括支援センター」に、「介護予防サービス計画」を「介護予防ケアマネジメント」に読み替えて記入してください。
- 4 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。

市記入欄

|              |  |     |     |
|--------------|--|-----|-----|
| 認 定 等        | 新規申請中・要介護・要支援・事業対象者（ <input type="checkbox"/> チェックリスト確認） | 入力日 | 受付者 |
| 暫 定          | 無・有（ / 付 新規・変更 ）（サービス）                                   |     |     |
| 小規模多機能届の場合のみ | 利用開始月の居宅サービス等利用： 無・有                                     |     |     |