

〔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
被保険者番号		個人番号	
被保険者氏名		生年月日	性別
フリガナ		明・大・昭 年 月 日	男・女
居宅（介護予防）サービス計画作成を依頼（変更）する居宅介護（介護予防）支援事業者 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	事業所等の番号		
	事業所等の所在地	〒	
担当ケアマネ（ ）	電話番号	（ ）	
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入			
事業所の名称	事業所の番号		
	事業所の所在地	〒	
担当ケアマネ（ ）	電話番号	（ ）	
事業所等への作成依頼年月日		年	月 日付
事業所等を変更する場合	※事業所等を変更する場合のみ記入		
変更事由等			
変更年月日（ 年 月 日付）			
射水市長			
上記の居宅介護（介護予防）支援事業者（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出します。			
なお、居宅介護（介護予防）支援事業者又は地域包括支援センターがこの届出書を市に提出する場合は、事業者等に届出を委任することに同意します。			
年 月 日			
住所			
被保険者		電話番号（ ）	
氏名			
受付印	保険者確認欄		
	<input type="checkbox"/> 認定申請等 更新・新規・区変中・無 <input type="checkbox"/> 入力済 <input type="checkbox"/> 被保険者証 回収 発行 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護利用開始月の居宅サービス利用の有無 有 無	<input type="checkbox"/> 区分 事業対象者 その他（ ） <input type="checkbox"/> 入力済 <input type="checkbox"/> 被保険者証 回収 発行 <input type="checkbox"/> 負担割合証 発行・送付 発行済 <input type="checkbox"/> 介護保険料の納付状況 完納 その他（ ）	

- （注意） 1 この届出書は、要介護等認定の申請時に、若しくは、居宅介護（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等が決まり次第速やかに射水市へ提出してください。
- 2 居宅介護（介護予防）サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する居宅介護（介護予防）支援事業所（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず射水市へ届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の要支援認定者又は事業対象者の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。