

居宅サービス計画・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(新規・変更・取消)兼自己作成届出書

		区 分	
		新規・変更・取消	
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
		個人番号	
		生年月日	性別
		明・大・昭 年 月 日	男・女
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			
事業者の事業所名		事業者の所在地 〒	
		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してください。			
事業者の事業所名		事業者の所在地 〒	
		電話番号 ()	
事業者の変更事由		※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 (年 月 日付)	
(介護予防) (看護) 小規模多機能型居宅介護の利用開始月における、利用開始前の居宅サービス等の利用有無			
※(介護予防) (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。)の利用の有無を記入してください。(予防を含む。)			
<input type="checkbox"/> 居宅サービスの利用有り		利用した居宅サービス	
<input type="checkbox"/> 居宅サービスの利用無し			
(宛先) 弥彦村長 1 上記の居宅介護(介護予防)支援事業者に居宅介護(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ことを届け出ます。 上記の(介護予防) (看護) 小規模多機能型居宅介護支援事業者に居宅介護(介護予防)サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。 2 居宅介護(介護予防)サービス計画を自己作成することを届け出ます。 (※ 該当する番号に○印を付けてください) 年 月 日 住所 被保険者 氏名 電話番号 ()			
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"/> 居宅介護(介護予防)支援事業者事業所番号 (介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号	

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定等の申請時に、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が決まり次第速やかに弥彦村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ときは、変更年月日を記入のうえ、必ず弥彦村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 住所地特例の対象施設に入居中で介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを依頼する場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。
- 4 居宅介護(介護予防)サービス計画を自己作成する場合は、サービス利用票と併せて提出してください。
- 5 自己作成をされている方で、給付管理を変更(サービス提供事業者の変更、サービスを受ける回数の変更等)するときは、必ず弥彦村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。