

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 氏 名  |  | 被 保 険 者 番 号   |       |
| フリガナ   |  |   |       |
|  |  | 個 人 番 号   |       |
|  |  | 生 年 月 日   | 性 別   |
|  |  | 明治・大正・昭和<br>年 月 日   | 男 ・ 女 |
| 居宅・介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する事業者  |  |   |       |
| 事業者の事業所名   |  | 事業所の所在地 〒   |       |
|  |  | 電話番号 ( )  |       |
| 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該当を選択してください。   |       |
| ①要介護状態区分等が「要介護」から「要支援」と認定されたため<br>②要介護状態区分等が「要支援」から「要介護」と認定されたため<br>③要介護状態区分等が「要介護」または「要支援」から「サービス事業対象者」となったため<br>④要介護状態区分等が「サービス事業対象者」から「要支援」または「要介護」と認定されたため<br>⑤その他 |  |   |       |
| 変更年月日 ( 年 月 日付)  |  |   |       |
| 諏訪広域連合<br>広域連合長 様<br>上記の居宅介護支援（介護予防支援）事業者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します。<br>年 月 日<br>住 所<br>被保険者 電話番号<br>氏 名   |  |   |       |
| 市町村確認欄   |  | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複<br><input type="checkbox"/> 居宅介護支援（介護予防支援）事業者事業所番号 |       |
|  |  |   |       |

- (注意) 1 この届出書は、居宅（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事業所が決まり次第速やかに市町村へ提出してください。
- 2 居宅（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事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず市町村に届け出てください。届け出のない場合、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 「要支援1」または「要支援2」の認定を受けられた方・「サービス事業対象者」となられた方は、お住まいの市町村の地域包括支援センターを事業者として届け出をしてください。また、住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設所在市町村へ提出してください。