

| | | | |
|----|-----|----|---|
| 課長 | 副課長 | 係長 | 係 |
| | | | |

様式第3号(第9条関係)

受付番号 ー

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 |
| 被保険者名 | | 被保険者番号 | |
| フリガナ | | | |
| | | 個人番号 | |
| | | 生年月日 | |
| | | 性別 | |
| | | 年 月 日 | |
| 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 | | | |
| 変更前事業所名 | | 変更前事業所確認 (未・済) | |
| 伊万里市長 様 (いずれかにチェック) | | | |
| <input type="checkbox"/> 上記の事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。 <input type="checkbox"/> 上記の事業者に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。 <input type="checkbox"/> 上記の小規模多機能型居宅介護事業者に(居宅/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。 <input type="checkbox"/> 上記の事業者に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。 | | | |
| <input type="checkbox"/> 上記の小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無 <input type="checkbox"/> 利用あり(利用したサービス:) <input type="checkbox"/> 利用なし | | | |
| <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画等の作成を依頼(変更)する居宅介護支援事業者等が居宅介護支援等の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護支援事業者等に必要な範囲で提示することに同意します。 年 月 日 住所 被保険者 氏名 電話番号 () | | | |
| 提出代行業者名称 | | | |
| サービス利用開始(変更)予定日 年 月 日 | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|-----------------|-----------|-----------|-------------|--|--|--|--|--|-------------|--|
| 保 険 者 処 理 欄 | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援者事業所番号 | | | | | | | | | | 受 付 印 | |
| | 認定結果 | 要介護区分 1 2 3 4 5 | 要支援区分 1 2 | サービス事業対象者 | | | | | | | | |
| | 認定申請日 | 月 日 | 認定日 | 月 日 | 受 付 者 | | | | | | | |
| | 入力日 | 月 日 | 保険証記載 | 月 日 | | | | | | | | |
| | 事業者連絡日 月 日 | | | | | | | | | | | |

<注意>
1 この届書は、認定の申請時に、若しくは、居宅・介護予防サービス計画の作成を依頼する事業者が決まり次第、速やかに 伊万里市 健康福祉部 長寿社会課 へ提出してください。
2 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うえ届け出してください。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 この届出書を提出後、被保険者の認定結果が要支援状態区分に該当する場合は、作成を依頼(変更)する事業者の欄は「伊万里市地域包括支援センター」と読み替え、記載してある事業者は、被保険者が介護予防支援サービス計画作成の委託を希望する事業者として取り扱います。
本人確認方法：運転免許証・個人番号カード・介護保険被保険者証等・介護支援専門員証等・その他 ()
番号確認方法：個人番号カード・通知カード・住民票の写し等・住基または標準システム