

居宅・介護予防サービス計画
 介護予防ケアマネジメント 作成依頼（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	
		年 月 日	
居宅・介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者又は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 所 の 所 在 地 〒	
		電 話 番 号	
事 業 所 番 号		サ ー ビ ス 開 始 (変 更) 年 月 日	
		年 月 日	
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。	
小規模多機能型居宅介護等の利用開始月における居宅サービス等の利用有無 ※小規模多機能型居宅介護事業者を利用する場合のみ記入 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。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり（利用したサービス： _____） <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし			
(宛先) 白山市長 上記の居宅介護（介護予防）支援事業者・（介護予防）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。 年 月 日 住 所 _____ 電 話 番 号 _____ 被保険者 氏 名 _____			
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複	

- (注意) 1 この届出書は、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事業所が決まり次第速やかに下記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上、必ず下記に届け出してください。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 提出先
 白山市健康福祉部長寿介護課
 白山市倉光二丁目1番地
 電話 076-274-9529