

様式第14号(第5条関係)

居宅・介護予防サービス計画  
作成依頼(変更)届出書  
介護予防ケアマネジメント

		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	
		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 または、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。	
		変更年月日 ( 年 月 日付)	
(あて先)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または、介護予防ケアマネジメントの作成を依頼することを届け出ます。  年 月 日 被保険者 住 所 電話番号 氏 名 印			
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護の場合 (介護予防)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(給付管理を必要とするサービス)の利用の有無 ・有(利用したサービス: ) ・無		
	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複		
	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者等事業所番号		

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、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