□居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

□(看護)小規模（介護予防小規模）多機能サービス計画作成依頼（変更）届出書

□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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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、(看護)小規模・介護予防小規模多機能型、介護予防の各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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **＜居宅介護支援事業所・（看護）小規模（介護予 　防小規模）多機能型事業所＞**   〒  住　　所：  電話番号：　　 　　（　　　）  事業者名：  　　　　　（担当者名：　　　　　　　　　）  サービス利用開始(予定)日  （　　　　　年　　　月　　　日）  事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | 1. **＜介護予防支援事業所・地域包括支援ｾﾝﾀｰ＞**   〒  住　　所：  電話番号：　　 　　（　　　）  事業者名：八代市第( 　)地域包括支援センター  □再委託先（　　　　　　　　　　　　　）  サービス利用開始(予定)日  （　　　　　年　　　月　　　日）  事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | |  | | | |  | | | | |  | | |  | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| **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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **（看護）小規模（介護予防小規模）多機能居型宅介護等の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無** | | | | | | | | | | | | | | | | | □居宅サービス等の利用あり  □居宅サービス等の利用なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （あて先）八代市長  上記の居宅介護支援事業者、（看護）小規模（介護予防小規模）多機能型事業者、介護予防支援事業者にサービス計画の作成、又は地域包括支援センターに介護予防ケアマネジメントを依頼することを届出します。また、各サービス計画を依頼する事業者が当該サービス計画を作成するに当たり、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事業者に必要な範囲で提示する事に同意します。  　　　　　年　　　月　　　日  住 　所：  　　 被保険者氏名 ： 　 　 　　　 　　 電話番号：　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者  確認欄 | | □入力済み（保険証　□返却・発行済）  □更新申請中（　　/　　）  □新規申請中（　　/　　）  □変更申請中（　　/　　） | | | | | | | | | | | 担当者記入欄 | | | | | | （認定日：　　/　　/　　）　□入力確認  （介護度：事業対象者・支援　 ・介護　 ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受付者記入欄 | | | | | | ・個人番号記載の有無（ 有 ・ 無 ：紛失・拒否）  ・代理権（介護保険証・資格者証　　　　　　　　）  ・身分証（介護支援専門証・包括職員証・　 　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注意）

1.この届出書は、要介護・要支援認定の申請時に、又は居宅サービス計画・(看護)小規模（介護予防小規模）多機能サービス計画・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届け出てください。

2.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際は、必ず変更年月日を記入のうえ届け出てください。

3.届け出のない場合は、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。

4.①及び②の両方に記載いただく場合には、相手方となる居宅支援事業所、介護予防支援事業所、地域包括支援センターへの連絡後に届け出てください。その際には、認定結果により該当する事業所を登録いたします。

5.有効回数は１回の登録時のみです。登録先の変更が必要な際には改めて届け出てください。

6.八代市の施設に入居中の住所地特例者で②の届出をする者は、八代市（その施設の住所地の市町村）の窓口へ提出してください。