

様式第 10 号(第 15 条関係)

居宅(介護予防)サービス計画作成及び介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

被 保 険 者	被保険者番号														区 分	新規 ・ 変更
	個人番号															
	フリガナ	-----												生年月日	年 月 日	
	氏 名	-----												性 別	男 ・ 女	
居宅(介護予防)サービス計画の作成及び介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する事業者																
事 業 所 名								事 業 所 の 所 在 地								
-----								-----								
電話番号 ()																
介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援等を受託する場合のみ記入してください。																
居 宅 介 護 支 援 事 業 所 名				居 宅 介 護 支 援 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																
※変更する場合のみ記入してください。																
変更年月日(年 月 日付)																
時津町長 様																
<input type="checkbox"/> 上記の居宅介護支援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します。 <input type="checkbox"/> 上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画の作成及び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。																
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 <input type="checkbox"/> 居宅介護(介護予防)支援事業者事業所番号															

居宅サービス計画の作成等を依頼(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あたり、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 氏名

- 注意) 1 この届出書は、要介護認定等の申請時に、若しくは、居宅(介護予防)サービス計画の作成及び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時津町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及び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、必ず時津町に届け出てください。届出がない場合、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。
- ※届出の際には、介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を提示してください。