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

被保険者氏名	被保険者番号											
フリガナ	個人番号											
	生年月日	M T S	年	月	日	性別	男 ・ 女					

居宅サービス計画の作成を依頼する居宅介護支援事業者、
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者
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

介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名	介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地
	〒　　－ 電話番号　（　　）

居宅介護支援事業者もしくは、介護予防支援、又は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又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合も記入してください。

居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地
印 ※ 申請代行される場合は押印してください	〒 電話番号　（　　）

申請区分	新規・変更・継続	新規・変更年月日	令和　年　月　日

※地域包括支援センター又は介護予防支援事業所、若しくは居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等

小規模多機能型居宅介護（介護予防を含む）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（利用したサービス：　　） なし

内灘町長

上記の居宅介護支援事業者もしくは介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に、居宅介護（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します。

令和　　年　　月　　日

住　所　　内灘町字

被保険者

氏　名　　印　　電話番号　　（　　）

確認欄	□　被保険者資格　□　届出の重複　□事業者への連絡　□COUS入力 □　事業所番号

（注意）１　この届出書は、居宅サービス計画の作成又は介護予防サービス・支援計画作成を依頼する事業所等が決まり次第速やかに内灘町へ提出してください。

２　居宅サービス計画の作成又は介護予防サービス・支援計画作成を依頼する居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所（地域包括支援センター）又は介護予防サービス・支援計画作成を受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず内灘町へ届け出てください。
届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。

３　住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。