

居宅介護（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

【当該届出事業者に○をつけてください。】

1. 居宅介護支援事業者 2. (看護)小規模多機能型居宅介護事業者 3. 地域包括支援センター
 ※2の場合、利用開始月における居宅サービス等の利用の有無：有(サービス種別)・無

被 保 険 者	被保険者番号		【種別】	介護・予防・事業		
	個人番号		【区分】	新規・変更		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭		
	氏名			年 月 日		

居宅介護サービス計画の作成を依頼する事業者

介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センター

事業者名		事業者番号	
原案委託事業所名	居宅介護サービス計画の場合は不要	者番号	
所在地	〒		
担当ケアマネジャー名		電話番号	
原案委託事業所について	・新規申請(チェックリストを含む)で今回が初めて事業所を選択する。 ・更新認定で予防給 ・更新認定で予防給 ・その他()		

〔※本欄は事業者を変更する場合のみ記入してください〕

変更前の依頼事業者名	
事業者を変更する理由	
交野市長宛	
上記の居宅介護(介護予防)支援事業者又は、地域包括支援センターに、 画の作成又は、介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)することを届出します。	
〔適用開始日〕	平成 年 月 日
住所	
・被保険者 氏名	電話
〔ご注意〕	
・この届出書は、居宅介護サービス計画等の作成を依頼する事業所(ケア (変更次第)速やかに交野市へ提出してください。 ・届出のない場合、サービスに係る費用をいったん全額を自己負担していた	【適用開始日】の記入について ・要介護・要支援認定者については、ケアプラン作成開始日を記入。 ・新規事業対象者については、チェックリスト実施日を記入。 ・認定有効期間を満了した方が事業対象者として届け出る場合(更新)は、満了日の翌日を記入。 ※事業対象者は届出がないと被保険者証の発行ができませんのでご注意ください。

--- 以下・市記入欄 -----

届出受付日	/	届出受付者	
入力日	/	入力者	

手書きで証記載済み
 印刷で証発行済み
 証発行せず
 暫定プラン中の届出

※その他、特記事項等