

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作成を依頼する事業者 ・ 介護予防サービス計画作成・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						事業者番号			
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。 ・更新認定で予防給付又は、事業対象者となり、今までと同じ事業所で原案作成。 ・更新認定で予防給付又は、事業対象者となり、今までと違う事業所で原案作成。 ・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、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(変更)することを届出します。 〔適用開始日〕 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(ケアマネジャーの事業所)が決まり次第(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だくことがあります。									

--- 以下・市記入欄 -----

届 出 受 付 日	／	届 出 受 付 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
入 力 日	／	入 力 者		
※その他、特記事項等				