

介護保険被保険者証を添付してください

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

区 分	
新規	変更

被 保 険 者 氏 名		被保険者番号	<input type="checkbox"/> 各務原市 <input type="checkbox"/> その他( )	
フリガナ				
		個 人 番 号		
		生 年 月 日		
		年 月 日		
居宅・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(変更)する事業者				
事業者の事業所名		事業所の所在地 〒		
介護事業者事業所番号				
		(電話番号) ( )		
サービス計画作成等の開始(変更)年月日 ※サービス事業対象者の場合は登録日		年 月 日		
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。		
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のみ記入してください。				
事業者の事業所名		事業所の所在地 〒		
介護事業者事業所番号				
		(電話番号) ( )		
小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無		※小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス（居宅療養管理指導及び特定施設入所者生活介護を除く。）及び地域密着型サービス（夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護（短期利用型）に限る。）の利用の有無を記入してください。		
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（利用したサービス： )				
<p>(宛先)各務原市長</p> <p>上記の居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者(地域包括支援センター)又は小規模多機能型居宅介護事業者に居宅(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ます。</p> <p>また、居宅・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等に当たり、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居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>被保険者 氏 名</p> <p>電話番号 ( )</p>				
受	付	(注意)1 この届出書は、要介護認定の申請時に、又は居宅(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事業所が決まり次第、速やかに各務原市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ときは、開始(変更)年月日を記入のうえ、必ず各務原市に届け出てください。 届出のない場合、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。		
		各務原市記入欄		
		<input type="checkbox"/> 被保険者証回収	<input type="checkbox"/> 認定申請中(暫定)	入力
		<input type="checkbox"/> 届出重複	<input type="checkbox"/> 認定後	証交付
		<input type="checkbox"/> 事業対象者		
本人確認	1点 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他( ) 2点 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 各種年金証書 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> キャッシュカード等 <input type="checkbox"/> その他( )			確認者印