

居宅・介護予防サービス計画・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		☐ 各務原市 ☐ その他()					
フリガナ											
				個 人 番 号							
				生 年 月 日				性 別			
				年 月 日				男 ・ 女			
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 〒							
				(電話番号) ()							
介護事業者事業所番号											
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 〒							
				(電話番号) ()							
介護事業者事業所番号											
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。							
☐ なし ☐ あり（利用したサービス：)											
(宛先)各務原市長 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)若しくは小規模多機能型居宅介護事業所に居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼することを届け出します。 年 月 日 住 所 被保険者 電話番号 () 氏 名											
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									
		☐ 被保険者証回収 ☐ 届出重複		☐ 認定申請中(暫定) ☐ 認定後 ☐ 事業対象者		入 力		証 交 付			
番号 確認		☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 住民票 ☐ その他()		身元 確認		1点 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ その他() 2点 ☐ 介護保険証 ☐ 健康保険証 ☐ 年金手帳 ☐ その他()				確認者印	