

居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書

		作成区分	区分
		居宅・予防	新規・変更
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ		〇 〇 〇 〇	
		生年月日	
		明・大・昭 年 月 日	
個人番号			
居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者			
事業者の事業所名		事業所の所在地	
事業者番号		電話番号 ()	
利用開始年月日		年 月 日から	
介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者（介護予防支援を受託する場合のみ記入）			
居宅介護支援事業所名		事業所の所在地	
		電話番号 ()	
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）			
（介護予防）小規模多機能型居宅介護または看護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 ※（介護予防）小規模多機能型居宅介護または看護小規模多機能型居宅介護を利用する場合のみ記入してください。			
※ 小規模多機能型居宅介護または看護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居者生活介護（短期利用型を除く）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）及び地域密着型特定施設入所者生活介護（短期利用型）及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護に限る）の利用の有無を記入してください。（介護予防サービスの場合も同様に記入してください。）			
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり（利用したサービス： ）			
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし			
（あて先）生駒市長 上記の居宅介護（介護予防）支援事業者、（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業者、看護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を依頼することを届出します。 年 月 日 住所 被保険者 氏名 電話番号 ()			
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複	

（注意事項）

- この届出書は、要介護（要支援）認定の申請時に、もしくは、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生駒市介護保険課へ提出してください。
- 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、変更年月日を記入のうえ、必ず生駒市介護保険課に届出してください。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。