

居宅介護(介護予防)サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成依頼(変更・終了)届出書

年 月 日

申請区分		個人番号												
<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 居宅介護サービス計画													
<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画	被保険者番号												
<input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント計画	0	0	0										
被保険者氏名		生年月日										性別		
フリガナ()		明治・大正・昭和										男・女		
		年 月 日												

作成を依頼(変更・終了)する事業者

事業所名	所在地 〒 -
	電話番号 () -
居宅介護(介護予防)支援事業所番号	
計画作成開始(変更・終了)日	年 月 日
小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護利用開始月における居宅サービス等の利用開始の有無	※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居者生活介護を除く。)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"/> 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

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・介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入

事業所名	所在地 〒 -
	電話番号 () -
居宅介護支援事業所番号	
事業所を変更する場合の事由等	<input type="checkbox"/> 認定区分の変更により <input type="checkbox"/> 本人・家族希望により <input type="checkbox"/> 担当CMの移籍により <input type="checkbox"/> その他 ()

和泉市長 あて

- 上記の事業者に居宅介護サービスまたは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。また、サービス計画作成等のため、和泉市が保有する認定調査票及び主治医意見書の写しを上記事業者を提供することに同意します。
- 上記の事業者に介護予防ケアマネジメントの作成を依頼することを届出します。
- 上記の事業者との契約を終了することを届出します。

住所

被保険者(本人)

※本人が自署できない場合のみ、家族等が記名押印し代筆者氏名及び続柄も記入してください

氏名 _____ 電話番号 _____

代筆者氏名 _____ 続柄() _____

※代筆の場合は押印して下さい

- (注意) 1 この届出書は、居宅(介護予防)サービス計画・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼する事業者等が決まり次第、速やかに和泉市高齢介護室認定審査グループへ提出してください。
- 2 計画の作成を依頼する事業者又は介護予防支援・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を変更するときは、計画作成開始日を記入のうえ、必ず和泉市高齢介護室認定審査グループに届出してください。届け出のない場合、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。

事務処理欄	<input type="checkbox"/> 月途中変更	確認	郵送日	証回収
入力日	受付	<input type="checkbox"/> 支→支、介→介 : 入力OK		<input type="checkbox"/> 済
		<input type="checkbox"/> 支→介 変更日以降利用 <input type="checkbox"/> 有 : 入力OK		<input type="checkbox"/> 未
		<input type="checkbox"/> 無 : 開始日以前に予防での利用有無確認 →利用有の場合は開始日修正確認		

申請中(入力のみ)