

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・委託先(変更)届出書

種別	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画	<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント	区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更
被保険者氏名			被保険者番号			
フリガナ						
			個人番号			
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日				
居宅(介護予防)サービス計画作成を依頼する事業所又は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						
事業所(地域包括支援センター)名			事業所の所在地	〒		
事業所番号			電話番号	-	-	
			FAX番号	-	-	
委託先名			委託先事業所所在地	〒		
事業所番号			電話番号	-	-	
			FAX番号	-	-	
サービス開始(変更)年月日 (介護予防ケアマネジメント依頼書作成年月日)			年 月 日付			
下記の※印の項目は、該当する場合のみ記入してください。						
※事業所を変更する場合の事由						
※(介護予防)小規模多機能型居宅介護・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			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	利用したサービス：		
長岡市長様 上記の事業所又は地域包括支援センターに居宅(介護予防)サービス計画作成若しく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。合わせて、介護サービス計画を依頼(変更)する居宅介護(介護予防)支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要があるときは、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(介護予防)支援事業所に必要な範囲で提示することに同意します。						
年 月 日						
被保険者	住所					
	氏名					
	電話番号					

(注意)

- この届出書は、居宅(介護予防)サービス計画作成また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、速やかに長岡市へ提出してください。
- 居宅(介護予防)サービス計画作成または介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等を変更するときは、新たな事業所名、変更年月日、変更の事由を記入の上、必ず長岡市に届け出てください。届出のない場合は、サービスにかかる費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 介護予防サービス計画作成及び介護予防ケアマネジメントの依頼を届け出る場合で、住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村へ提出してください。