

居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書
介護予防

区 分
 新規・変更

被保険者氏名		被保険者番号			
フリガナ					
		生年月日		性別	
		明・大・昭 年 月 日		男・女	

計画の作成を依頼(変更)する事業者

事業者の事業所名及び事業者番号	事業所の所在地	〒
電話番号 ()		
計画作成開始日	平成 年 月 日	

計画作成区分	※該当する区分に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。	
	(前回届出) (新規の場合は記入不要です。)	(今回届出)
	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所
	<input type="checkbox"/> 自己作成	→ <input type="checkbox"/> 自己作成
	<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所	<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所

変更理由	※変更の場合のみ記入してください。
------	-------------------

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	※月途中で小規模多機能型居宅介護を利用した場合のみ記入してください。 <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
------------------------------------	---

大阪市長

上記の 居宅介護支援事業者に 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。

平成 年 月 日

住所

被保険者

氏名

電話番号 ()

- (注意) 1 この届出書は、要介護(要支援)認定の申請時または、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お住まいの区の保健福祉センター地域保健福祉担当(介護保険)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者を変更するときには、計画作成開始日を記入のうえ、必ずお住まいの区の保健福祉センター地域保健福祉担当(介護保険)に届け出てください。届出のない場合は、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。
- 3 事業者等が提出する場合は、委任状が必要です。
- 4 計画作成区分は、小規模多機能型居宅介護事業所を利用している場合は居宅介護支援事業所に介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を利用している場合は介護予防支援事業所に をつけてください。
- 5 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。

決裁欄	担当課長	課長代理	担当係長	係員	

入力	
/	