

居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書

被 保 険 者			
氏 名	(フリガナ)	被保険者 番 号	<input type="checkbox"/> 結城市 <input type="checkbox"/> その他()
生年月日	年 月 日	個人番号	

届出区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更（変更事由：)	契約等の 発効年月日	年 月 日
------	--	---------------	-------

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			
所在地 名 称	〒	電 話 番 号	()
		事業所番号	

介護予防支援業務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業務を受託する場合のみ記入してください。			
所在地 名 称	〒	電 話 番 号	()

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"/> 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）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、地域密着型通所介護、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。	

結城市長 様	
上記の居宅介護支援事業者（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け出ます。	
年 月 日	
被保険者	住所 氏名 電話番号 ()

- (注意)
- この届出書は、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者が決まり次第速やかに結城市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「契約等の発効年月日」欄へ記入の上、必ず結城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、自己負担していただくことがあります。