

居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)  
介護予防ケアマネジメント依頼(変更)

届出書

(届出先) 長 浜 市 長

届出年月日 令和 年 月 日

※市役所で受付をした日が届出年月日となります。

下記の居宅介護(介護予防)支援事業者又は地域包括支援センターに居宅(介護予防)サービス計画の作成又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。

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号						
フリガナ								
		生 年 月 日						
		大・昭		年		月		日
住 所								
〒 -		電話番号: ( )						
提出代行者(本人以外が提出する場合)								
<input type="checkbox"/> 下記の居宅介護(介護予防)支援事業者・地域包括支援センター								
<input type="checkbox"/> 下記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)から委託を受けた居宅介護支援事業者 (事業者の事業所名: )								
その他の代行者(家族等)								
<input type="checkbox"/> 氏名: _____ 電話番号: ( ) _____ 住所: _____ 被保険者との続柄: _____								
居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼(変更)する居宅介護(介護予防)支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する地域包括支援センター								
事業者の事業所名				事業所の所在地				
				〒 _____ 電話番号 ( )				
介護保険事業所番号								
届出書の適用開始(変更)日等								
適用開始(変更)年月日 (令和 年 月 日付)				※変更する場合は理由等を記入してください。				
※届出月の前月以前に遡ることはできません。								
保険者確認欄	介護度区分	新規申請日 有効期間終了日	届出重複	届出入力	被保険者証交付	備考		
	事業対象者	日付新規						
	要支援・要介護	月末切れ						

- 注意) 1 この届出書は、居宅(介護予防)サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者等が決まり次第速やかに長浜市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又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者等を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず長浜市へ届け出てください。
- 3 **原則として、届出のない場合のサービスに係る費用は、一旦、全額負担していただくこととなります。要介護(支援)認定(更新・区分変更)申請中のサービスの利用についても、利用する日の同月中に必ず届け出てください。**