

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(変更・契約終了)届出書

隠岐広域連合長 様

下記のとおり居宅介護(予防)支援(地域包括支援センター)・(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事業者に居宅介護(予防)サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成依頼(解除)をすることを届出します。

被保険者氏名

印

| 届 出 種 別 | | | | 届 出 区 分 | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------|--------|----|------|---------|---|
| 介護予防又は 介護予防ケアマネジメント | | | | 居宅介護 | | | | | |
| 新規 | | | | 変更 | | | | | |
| 終了 | | | | | | | | | |
| 契約(終了)日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 届 出 日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 被 保 険 者 氏 名 | | | | | 被保険者番号 | | 個人番号 | | |
| フリガナ | | | | | | | | | |
| | | | | | 生年月日 | | 性別 | | |
| | | | | | | | | | |
| 居宅介護(予防)サービス計画の作成を依頼(変更・終了)する居宅介護(予防)支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼(変更・終了)する地域包括支援センター 居宅介護(予防)サービス計画の作成を依頼(変更・終了)する(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者 | | | | | | | | | |
| 事業者番号 | | | | | | | | 事業所の所在地 | 〒 |
| 事業者名 | | | | | | | | | |
| 介護支援 専門員 | | | | | | | | | |
| 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又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入して下さい。 | | | | | | | | | |
| 事業者番号 | | | | | | | | 事業所の所在地 | 〒 |
| 事業者名 | | | | | | | | | |
| 介護支援 専門員 | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | |
| 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 | | ※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前の居宅サービス(居宅療養管理指導及び特定施設入所者生活介護を除く。)及び地域密着型サービス(定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護(短期利用型)、小規模多機能型居宅介護(短期利用型)及び看護小規模多機能型居宅介護(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 | | | | | | | | | |
| 介護予防支援事業者若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者を変更する場合の事由等 ※変更(契約終了)する場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | |
| 保険者記入欄 | | | | | | | | | |
| 受付日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 居宅介護支援・介護予防支援(地域包括支援センター)・小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号 | | | | | | | | | |

- (注意)
- この届出書は、要支援・要介護認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画・居宅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所が決定又は契約解除後、速やかに隠岐広域連合へ提出してください。
 - 介護予防サービス計画・居宅サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所、又は介護予防支援若しく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を変更するときは、変更年月日を記入うえ、必ず隠岐広域連合に届け出てください。
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。
 - 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。