

介護保険居宅介護(介護予防)サービス計画作成依頼届出書(新規・変更)

(宛先)

枚方市長

次のとおり居宅介護支援事業者(介護予防支援事業者)に居宅介護(介護予防)サービス計画の作成を依頼したことを届け出ます。

年 月 日

被 保 険 者					被 保 険 者 番 号																
フリガナ					0	0	0														
氏名					個 人 番 号																
生年月日	明治・大正・昭和				年	月	日														
住所 〒																					
															電話番号 ()						
居宅介護(介護予防)サービス計画の作成を依頼(変更)した事業者の事業所																					
名称																					
所在地 〒																					
事業所番号																					
															電話番号 ()						
利用開始日										年	月	日									
※次の欄は、要支援1・2の方で、居宅介護支援事業者が介護予防支援を受託する場合のみ記入してください。 介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者の事業所																					
名称																					
所在地 〒																					
事業所番号																					
															電話番号 ()						
※次の欄は、居宅介護(介護予防)サービス計画の作成を依頼した事業者が小規模多機能型居宅介護事業者である場合のみ記入してください。																					
利用開始日の属する月において、小規模多機能型居宅介護サービス以外の居宅サービスを利用しましたか。															はい ・ いいえ						

(注意)

- この届出書は、居宅介護(介護予防)サービス計画の作成を事業者に依頼したとき又は事業者を変更したときに、**介護保険被保険者証**を添えて提出してください(依頼した事業者を通じて提出することをお勧めします。)。提出するに当たっては、居宅介護(介護予防)サービス計画の作成を依頼した事業者の確認を受けてください。
- 被保険者が次に掲げる事項に該当したときは、この届出書は無効となります。
 - (1)この届出書を提出したのちに、非該当(自立)と判断された場合
 - (2)要介護の認定を受けていたが、この届出書を提出したのちに要支援の認定を受けた場合
 - (3)要支援の認定を受けていたが、この届出書を提出したのちに要介護の認定を受けた場合
- この届出の事業者による国民健康保険団体連合会への保険給付の請求は、この届出書を提出した月の翌月から可能です。

[枚方市記入欄]

旧被保険者証	※小規模多機能のみ	
<input type="checkbox"/> 回収	<input type="checkbox"/> 要介護度()	
<input type="checkbox"/> 未回収	<input type="checkbox"/> 同月中の他サービスの有無	
		受付