

様式第 13 号(第 2 条関係)

居宅介護(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)届出書										
個人番号									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	年 月 日				
居宅介護(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(変更)する事業者										
事業者の事業所名			事業所の所在地			〒				
事業所を変更する場合等の事由等 ※事業所を変更する場合のみ記入してください。										
					変更年月日					
					年 月 日付					
<p>(宛先) 輪島市長</p> <p>上記の居宅介護(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に居宅介護(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出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>被保険者 住所 電話番号 氏 名</p>										
保 険 者 確 認 欄		<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護の場合 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 (給付管理を必要とするサービス)利用の有無 ・有(利用したサービス:) ・無 <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 居宅介護(介護予防)支援事業者番号 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>								
<p>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)支援事業者が居宅介護(介護予防)支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護(介護予防)支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">_____年 月 日 氏名_____</p>										
<p>(注意)1 この届出書は、要介護・要支援認定の申請時、居宅介護(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所が決まり次第速やかに提出してください。</p> <p>2 居宅介護(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所を変更するときは、必ず変更年月日を記入の上、届け出てください。なお、届出のない場合、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。</p>										