

**居宅サービス計画作成依頼（変更）・介護予防サービス計画書作成依頼（変更）
・介護予防ケアマネジメント依頼（変更） 届出書**

区分	新規・変更		
被保険者氏名	被保険者番号		
ツカナ			
	個人番号		
	生年月日		
	明・大・昭 年 月 日		
居宅サービス計画又は介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼（変更）する事業者・地域包括支援センター			
事業所名・地域包括支援センター名	所在地		
	〒		
事業所番号	電話番号 ()		
サービス開始・変更年月日	年 月 日		
事業所を変更する場合の事由等	※事業所を変更する場合のみ記入してください。		
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			
居宅介護支援事業所名	所在地		
	〒		
事業所番号	電話番号 ()		
赤磐市長 様			
上記の事業者により <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画の作成 <input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画の作成・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。			
年 月 日			
住所			
被保険者 氏名			
電話番号 ()			

※小規模多機能型居宅介護を利用される場合

作成区分	<input type="checkbox"/> 要支援 1・2	<input type="checkbox"/> 要介護 1～5
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の利用開始月における居宅（介護予防）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、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）、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービスに限る。）の利用の有無を記入してください。	
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等利用あり (利用したサービス： _____)		
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等利用なし		

- (注意) 1 この届出書は、居宅サービス計画等の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに赤磐市へ提出してください。
- 2 居宅サービス計画等の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず赤磐市に届け出してください。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。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中で、介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼する場合は、その施設の住所地の市町村へ提出してください。

保険者 確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号
	1点 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他
	2点 <input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 負担割合証	<input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> その他