

居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書

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			
フリガナ					
生年月日		性別			
明・大・昭 年 月 日		男・女			
個人番号					
居宅サービス計画作成を依頼（変更）する事業者					
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地		〒 -	
事業所番号		電話番号 ()			
介護予防サービス計画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					
介護予防支援事業所 （地域包括支援センター）名		介護予防支援事業所（地域包括支援センター）の所在地		〒 -	
事業所番号		電話番号 ()			
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 ※受託する場合のみ記入してください。					
受託事業所名		受託事業所の所在地		〒 -	
事業所番号		電話番号 ()			
事業所を変更する場合の事由等 ※変更する場合のみ記入してください。					
変更年月日（令和 年 月 日付） 変更前の事業所名（ ）					
（宛先）岡崎市長 上記の居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に居宅（介護予防）サービス計画作成（介護予防ケアマネジメント）を依頼することを届け出します。					
令和 年 月 日					
住所 _____					
被保険者		電話番号 ()			
氏名 _____ ※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。					
介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証を上記事業所等の職員へ交付することに <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない					

- (注意) 1 この届出書は、要介護（支援）認定の申請時に、もしくは、居宅（介護予防）サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者が決まり次第、速やかに岡崎市へ提出してください。
- 2 居宅（介護予防）サービス計画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、変更年月日等を記入のうえ、必ず岡崎市に届け出てください。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 居宅（介護予防）サービス計画作成依頼届出の際には、介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を添えて提出してください。
- 4 介護予防ケアマネジメント依頼届出の際には、チェックリストを添えて提出してください。

