

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・終了)届出書

被保険者	氏名		被保険者番号									
	フリガナ											
			個人番号									
	生年月日	大・昭	年	月	日	性別		男・女				

居宅サービス計画の作成をする事業者	地域包括支援センター名		所在地	〒									
			事業所番号	電話番号 ()									
	事業所名 ※委託の場合必ず記載		所在地	〒									
			事業所番号	電話番号 ()									
	届出の区分(該当に☑)	☐ 新規	被保険者と事業所の契約日(有効開始日として登録する日付) 令和 年 月 日										
		☐ 変更	被保険者と事業所の契約日(有効開始日として登録する日付) 令和 年 月 日										
【変更の理由】													
☐ 終了		被保険者と事業所の契約が終了した日 令和 年 月 日											
		【終了の理由】 ☐ 施設入所または入院のため (施設名:) ☐ その他 ()											
		小規模多機能居宅介護等の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無	☐ 居宅サービス等の利用あり ☐ 居宅サービス等の利用なし ※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居者生活介護を除く。)の利用の有無を記入してください。										

出雲崎町長 様
上記のとおり居宅サービス計画について届け出ます。

令和 年 月 日

被保険者氏名



- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画もしく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出雲崎町へ提出してください。
2 介護予防サービス等の作成を依頼または委託する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず出雲崎町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 依頼する事業所を変更するときは、今後計画を作成する事業所が届出書を提出してください。
4 新たに介護予防サービス作成依頼または居宅サービス計画作成依頼の提出をする場合、資格喪失(死亡・転出)、有効期間切れの場合は終了の届出書を提出する必要はありません。

保険者確認欄	☐ 被保険者番号	☐ 届出の重複
--------	---------------------------------	--------------------------------