様式第17号

資料６

□　居宅サービス計画作成

□　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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | | | | | | | | | | | | | | | |
| □新規 　 □変更 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被　保　険　者　氏　名 | | | | | | 被　保　険　者　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |
|  | | | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | | | |
| 年　 　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 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（変更）する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | 事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 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  ※居宅介護支援事業者が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場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | 事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所を変更する場合の理由等 | | | | ※変更する場合のみ記入してくだい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日（　　　　　　年　　　月　　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | □下記サービスの利用あり  ・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）  ・認知症対応型通所介護　　・夜間対応型訪問介護  　 ・地域密着型通所介護　　　・認知症対応型共同生活介護  □サービスの利用なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 舟形町長　様  　上記の事業者（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。また、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（変更）する事業者が居宅介護（介護予防）支援・介護予防ケアマネジメントの提供にあたり、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事業者に必要な範囲で提示することに同意します。  　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | 住所  氏名 | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | | □被保険者資格　　□届出の重複 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □事業所番号 | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  |

（注意）１　この届出書は、要介護認定の申請時又は居宅（介護予防）サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼を

依頼する事業所が決まり次第速やかに舟形町介護保険担当に提出してください。

２　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依頼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、必ず舟形町介護保険担当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。