

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（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			
		個 人 番 号	
		生 年 月 日	性 別
		明・大・昭 年 月 日	男・女
居宅（介護予防）サービス計画作成を依頼（変更）する居宅介護（介護予防）支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター			
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 ※介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成が委託となる場合のみ記入して下さい。 ※要介護1～5の方は記入する必要はありません。要支援1・2で計画作成が委託の場合のみご記入下さい。			
受託事業所名		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さい。		
		変更年月日 (平成 年 月 日付)	
羽幌町長 様 上記の事業者に居宅（介護予防）サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成を依頼することを届け出します。 平成 年 月 日 住 所 被保険者 電話番号 () 氏 名 印			
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(介護予防)支援事業者事業所(地域包括支援センター)番号		

(注意)

- この届出書は、要介護(支援)認定の申請時に、若しくは、居宅(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居宅介護支援事業所等が決まり次第速やかに羽幌町へ提出してください。
- 居宅(介護予防)サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する居宅介護(介護予防)支援事業所(地域包括支援センター)又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントが委託されている居宅介護支援事業所等を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず羽幌町へ届け出てください。
届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、羽幌町へ届け出てください。届け出のない場合、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。