

# 居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書

|                  |      |  |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|------------------|------|--|--------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|
| 被<br>保<br>険<br>者 | フリガナ |  | 被保険者番号 |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|                  | 氏名   |  | 個人番号   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|                  |      |  | 生年月日   | 明・大・昭 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 日生 |

居宅(介護予防)サービス計画作成を依頼(変更)する事業者

|          |  |
|----------|--|
| 事業者の事業所名 |  |
|----------|--|

|         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |
|---------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|
| 事業所の所在地 | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |
|         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 ( ) |

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|        |                                      |  |
|--------|--------------------------------------|--|
| 事業所の種類 | <input type="checkbox"/> 居宅介護支援      | <input type="checkbox"/> 介護予防支援        |
|        | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 | <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 |

|       |    |       |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |
|-------|----|-------|--|--|--|---|--|--|---|--|--|---|--|--|
| 届出の区分 | 新規 | 開始年月日 |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |  |  |
|-------|----|-------|--|--|--|---|--|--|---|--|--|---|--|--|

|       |    |       |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |
|-------|----|-------|--|--|--|---|--|--|---|--|--|---|--|--|
| 届出の区分 | 変更 | 変更年月日 |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |  |  |
|-------|----|-------|--|--|--|---|--|--|---|--|--|---|--|--|

|       |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|----|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 届出の区分 | 変更 | 変更の理由 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|----|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|   |                              |
|---|------------------------------|
| 小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む。)又は看護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 | 居宅サービス等の利用あり<br>(利用したサービス: ) |
|   | 居宅サービス等の利用なし                 |

(宛先) 金沢市長

上記のとおり居宅(介護予防)サービス計画について届け出ます。

年 月 日

住所

被保険者

電話番号 ( )

氏名

|        |                                       |   |
|--------|---------------------------------------|---|
| 保険者確認欄 | <input type="checkbox"/> 認定申請中につき入力のみ | <input type="checkbox"/> 記載欄なし→要送付(本人・居宅・その他) |
|        | <input type="checkbox"/> 入力できず(未入力)   | (その他: )                                       |

(注意)

- この届出書は、居宅介護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金沢市介護保険課窓口、泉野、元町又は駅西福祉健康センターの福祉と健康の総合窓口へ提出してください。
- 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、必ず金沢市介護保険課窓口、泉野、元町又は駅西福祉健康センターの福祉と健康の総合窓口へ提出してください。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。

|     |    |  |    |             |
|-----|----|--|----|-------------|
| 確認欄 | 番号 | 番号カード・通知カード・住民票・端末・( )                     | 代理 | 法定・委任状・本人発行 |
| 本人  |    | 番号カード・運転免許証・障害者手帳・介護支援専門員証・保険証(介護・国保・後期高齢) |    | 負担割合証・( )   |

|    |    |
|----|----|
| 受付 | 入力 |
|    |    |