

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

受付印

◆被保険者情報			
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
対象区分	<input type="checkbox"/> 要介護・要支援認定者 <input type="checkbox"/> 事業対象者 ※該当を■にしてください。		
介護認定状態	<input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中 <input type="checkbox"/> 更新申請中 <input type="checkbox"/> 認定あり ※該当を■にしてください。		
◆届出区分			
1. 新規 <input type="checkbox"/> 転入者 ※転入の場合は■にしてください。			
2. 変更 事業所を変更する場合の理由→			
◆依頼(開始)年月日 (いつからのサービス計画作成、又は介護予防ケアマネジメントを依頼するのか) _____年 ____月 ____日から			
◆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依頼(変更)する事業者			
事業所名		事業所番号	
		電話番号 () -	
◆法115条の23第3項により介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者 又は法115条の47第5項により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			
委託事業者の事業所名		一部委託事業所番号	
		電話番号 () -	
◆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 ※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。)及び地域密着型サービス(夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護(短期利用型)に限る。)の利用の有無を記入してください。			
1. 居宅サービスの利用無し			
2. 居宅サービスの利用有り 利用した居宅サービス→			
宮崎市長様 上記のとおり居宅(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け出ます。 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号 () - 被保険者との続柄 ()			

注意: 1. この届出書は、要介護(要支援)認定の申請時、若しくは、居宅(介護予防)サービス計画作成や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、速やかに宮崎市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。

2. 小規模多機能型居宅介護と介護予防小規模多機能型居宅介護の間の変更があり、事業所を変更しない場合についても、この「届出書」を提出してください。

3. 要支援認定者又はサービス事業対象者が住所地特例対象施設へ入居した場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

【宮崎市記入欄】

審査会予定日	年 月 日	入力	年 月 日	回収	済
認定区分	事業対象者・12・13・21・22・23・24・25	交付	手渡・郵送(住所・送付先)・認定審査係		
基本チェックリスト実施日	年 月 日		年 月 日		
総合事業対象者登録日	年 月 日		入力のみ(死亡・更新中)		