

記載例

居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書

(小規模多機能型居宅介護事業者用)

区分

新規・変更

被保険者氏名		被保険者番号							
フリガナ カシワ タロウ		0 0 0 9 9 9 9 9 9 9							
柏 太郎		生年月日							
		明・大(昭) 2 年 3 月 4 日							
居宅(介護予防)サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼(変更)する事業者									
事業者名		事業者の所在地 〒277 -8505							
〇〇小規模多機能ホーム		柏市柏五丁目10-1							
		電話番号 04 (7167) 1111							
担当者氏名		〇〇 〇〇		事業者番号		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0			
小規模多機能型居宅介護の利用開始月			※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						
における居宅サービス等の利用の有無			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						
有			無						
			いずれかに○をつけて						
			ください。						
			随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪						
			所介護及び認知症対応型共同生活介						
			護の利用の有無を記入してください。						
変更する場合の事由									
柏市長 あて									
上記の小規模多機能型居宅介護事業者に居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼することを									
届出します。									
令和 年 月 日									
住所		この欄は直筆で!							
被保険者氏名		柏市受付欄							
電話番号		利用開始日を必ず記入してくださ							
サービス利用適用(変更)日: 令和 年 月 日から利用する									
柏市		保険証		同時・未(回収日 /)・再交付				端末入力日 /	
確認欄		回収		認定申請中(申請日 / 区分)				送付先 有・無	

注意

この欄は記入の必要はありません。

届出書は、居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼する事業者と計画作成の契約書に提出してください。

介護保険被保険者証を忘れずに添付してください。添付がないと、新しい被保険者証の発行ができない場合があります。また、被保険者証を紛失、破損した場合は、速やかに再交付の申請を行ってください。

- 居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼する事業所を変更する場合には、変更年月日を明記のうえ、必ず柏市に届け出てください。届出がない場合、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。