

居宅（介護予防）サービス計画作成依頼等届出書

		区 分	新規・変更・不要
フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
計画作成区分	1 事業所へ依頼 2 自己作成	生年月日	大・昭 年 月 日
居宅（介護予防）サービス計画作成を依頼等する事業者			
事業者の事業所名	☐ 介護予防	事業所の所在地	
		〒	
事業所番号		電話番号	()
居宅（介護予防）サービス計画作成開始日		年 月 日	
事業所を変更又は終了する場合の事由等		※変更又は終了する場合のみ記入してください。	
※変更又は終了年月日 (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		※ 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(短期利用に限る。))の利用の有無を記入してください。	
☐ 居宅（介護予防）サービス等の利用あり (利用したサービス：) ☐ 居宅（介護予防）サービス等の利用なし			
川西町長 様 上記の件について届出ます。 年 月 日 住 所 被保険者氏名 電話番号 ()			
保険者確認欄	☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 居宅介護支援事業者事業所番号 ☐ 小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号	入 力	受付印
		/	

(注意)

- この届出書は、要介護認定の申請時若しくは居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに役場長寿介護課に提出してください。自己作成をする場合も届出が必要です。届出のない場合は、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になります。
- 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ときは、変更年月日等を記入のうえ、必ず役場長寿介護課に届け出てください。
- 居宅（介護予防）サービス計画の作成を自動的に終了する場合以外で、居宅（介護予防）サービス計画を終了するときは、役場長寿介護課に届け出てください。