

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

依頼届出書

区分

新規・変更・自己作成

被保険者 氏名	フリガナ	被保険者番号							
		個人番号							
		生年月日							

居宅（介護予防）サービス計画作成を依頼（変更）する事業者  
または 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する事業者 (自己作成の場合は記入不要)

事業者の事業所名・事業所番号		事業者の所在地	
		〒	
		電話番号	( )

作成開始日 年 月 日 から

事業所を変更する場合の事由等 ※事業所を変更する場合のみ記入してください。  
変更年月日 ( 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(短期利用型に限る。))の利用の有無を記入してください。

居宅サービス等の利用あり (利用したサービス: )

居宅サービス等の利用なし

木曾広域連合長 様

上記の事業者に居宅（介護予防）サービス計画作成（または介護予防ケアマネジメント）を依頼することを届出します。

介護保険のケアプランについて、自己作成することを届出します。

年 月 日  
被保険者住所 〒

被保険者氏名 電話番号 ( )

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）支援事業者が居宅介護（予防）支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護支援事業者に必要な範囲で提示する事に同意します。

年 月 日 被保険者氏名

- (注意)
- この届出書は、要介護（要支援）認定の決定後、居宅（介護予防）サービス計画を依頼する事業者（または介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者）が決まり次第速やかに木曾広域連合または各町村役場介護保険担当へ提出してください。
  - 居宅（介護予防）サービス計画を作成する事業者（または介護予防ケアマネジメントを実施する事業者）を変更する時は、変更年月日を記入の上、木曾広域連合または各町村役場介護保険担当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が、一旦全額自己負担となる場合があります。

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者の資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複
	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者等の事業所番号	
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号	