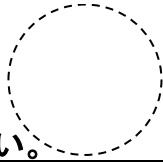


受付印



担当	係長(主幹)	課長(参事)	受付	・	別紙2
			決裁	・	・
			施行	・	・

※太枠内を記入してください。

居宅サービス計画等作成依頼届出書(案)

- 新規
- 変更
- 廃止

被保険者氏名	被保険者番号
フリガナ	0 0 0
氏名	生年月日
	明・大・昭 年 月 日

居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者

事業所種別	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 介護予防支援 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント <input type="checkbox"/> 小規模多機能型 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型
-------	---

事業者の事業所名	事業所の所在地	〒	—
(事業所番号)	電話番号	()

(業務を委託する場合の事業所名)	事業所の所在地	〒	—
(事業所番号)	電話番号	()

サービス計画等作成の開始年月日・変更年月日・終了年月日 ※終了は契約最終日を記入してください。(平成 年 月 日付)

事業所を変更・終了する場合の事由等	※事業所を変更・終了する場合のみ記入して下さい。
-------------------	--------------------------

(介護予防)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(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

居宅サービス等の利用あり 居宅サービス等の利用なし

大和市長 あて
 (いずれかにチェック)
 上記の事業者にサービス計画等の作成を依頼することを届け出ます。
 上記の事業者との契約を終了することを届け出ます。

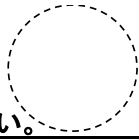
平成 年 月 日
 住所
 被保険者
 氏名 電話番号 ()

保険者	<input type="checkbox"/> 代行	<input type="checkbox"/> 認定済	<input type="checkbox"/> 旧証提出 有	<input type="checkbox"/> 新証交付済	<input type="checkbox"/> 入力
	<input type="checkbox"/> 個人	<input type="checkbox"/> 申請中	※認定後記入 認定日		
確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届の重複無	※変更時: <input type="checkbox"/> 変更事由、事業者へ連絡		

(注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画の作成を依頼する事業者が決まり次第、速やかに大和市へご提出ください。
 2 居宅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、変更年月日をご記入のうえ、必ず変更後の事業所を通じて大和市に提出してください。届出がない場合、費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

個人番号

受付印



担当	係長(主幹)	課長(参事)	受付	・	・
			決裁	・	・
			施行	・	・

※太枠内を記入してください。

居宅サービス計画等作成依頼届出書

新規
 変更
 廃止

必ず、いずれかにチェックをしてください。

区分は下記※を参照

必ず、いずれかにチェックをしてください。

・開始年月日:新規の区分の届出で、作成依頼する事業所のサービス計画作成の開始日

・変更年月日:変更の区分の届出で、変更後の新しい事業所のサービス計画作成の開始日

・終了年月日:廃止の区分の届出で、事業所のサービス計画作成の最終日

サービス利用する方の氏名、生年月日等を記入してください。

被保険者氏名		被保険者番号									
フリガナ	ヤマト タロウ	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
氏名	大和 太郎	生年月日									
		明(天)昭	10年 10月 10日								

ケアプラン作成を依頼する事業所の名称、所在地等を記入してください。

居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者

事業所種別 居宅介護支援 介護予防支援 介護予防ケアマネジメント
 小規模多機能型 介護予防小規模多機能型 看護小規模多機能型

事業者の事業所名 事業所の所在地 〒 242 - 0001

社会福祉法人 大和介護会 ケアプラザやまと 大和市下鶴間1-1-1
 (事業所番号) 大和市役所ビル1階
 1 2 3 4 5 6 7 8 0 0 電話番号 046 (260) 0000

(業務を委託する場合の事業所名) 事業所の所在地 〒 -
 (事業所番号) 電話番号 ()

予防給付対象の方で、ケアプランの作成が地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に委託される場合にのみ委託先の事業所名等を記入してください。

サービス計画作成の開始年月日 ※終了は契約最終日を記入してください。(平成 23年 4月 1日付)

事業所を変更・終了する場合の事由等 ※事業所を変更・終了する場合のみ記入して下さい。

(介護予防)小規模多機能型居宅介護及び複合型サービス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(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

居宅サービス等の利用あり 居宅サービス等の利用なし

届出提出日を記入してください。

大和市長 あて (いずれかにチェック)
 上記の事業者にサービス計画等の作成を依頼することを届け出ます。
 上記の事業者との契約を終了することを届け出ます。

平成 23年 4月 1日

住所 大和市鶴間1-31-7

被保険者 氏名 大和 太郎 電話番号 046 (260) 5623

サービス利用する方の氏名、ご住所等を記入してください。

保険者	<input type="checkbox"/> 代行	<input type="checkbox"/> 認定済	<input type="checkbox"/> 旧証提出 有	<input type="checkbox"/> 新証交付済	<input type="checkbox"/> 入力
	<input type="checkbox"/> 個人	<input type="checkbox"/> 申請中	※認定後記入 認定日		
確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格		<input type="checkbox"/> 届の重複無	※変更時: <input type="checkbox"/> 変更事由、事業者へ連絡	

(注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画の作成を依頼する事業者が決まり次第、速やかに大和市へご提出ください。

2 居宅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、変更年月日をご記入のうえ、必ず変更後の事業所を通じて大和市に提出してください。届出がない場合、費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

個人番号

※ 居宅サービス計画作成依頼届出書の区分

- ・新規:初めて計画作成依頼をする場合、もしくは、前の事業所を終了してから日にちがあいている場合
- ・変更:日にちをあげず、事業所を変更する場合
- ・廃止:事業所との契約を終了する場合(事業所変更の際して、新しい事業所から変更の届出が出されている場合でも、契約が終了となる事業所分の廃止の届出が必要となります。)