様式第１６号（第19条関係）

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

|  |
| --- |
| 区　分 |
| 新規・変更 |
| 被保険者氏名　 | 被保険者番号　 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 個　人　番　号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生 年 月 日 | 性　別 |
| 　　　　 年　　　月　　　日 | 男 ・ 女 |
| 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を依頼（変更）する事業者　 |
| 事業者の事業所名 |  | 事業所の所在地 | 〒 |
|  | 電話番号　　　　（　　　　） |
| 介護保険事業所番号　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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　　　　　　　　　　□　居宅サービス等の利用なし　　（利用したサービス：　　　　　　　　　　　　　） |
| 基本チェックリスト実施日（介護予防ケアマネジメントのみ） | 　　　　年　　　月　　　日 |
| いちき串木野市長　様　上記の居宅介護支援事業者等に居宅・介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼することを届け出ます。　　　　　　年　　　月　　　日住　所被保険者　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　）氏　名　　　　　　　　　　　　　 |

(注意)　１　この届出書は、要介護・要支援認定の申請時に、若しくは、居宅・介護予防サービス計画の作成又は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いちき串木野市へ提出してください。

　　　　２　居宅・介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ずいちき串木野市に届け出てください。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。

　　　　３　住所地特例の対象となる施設に入居中の場合、介護予防ケアマネジメントの依頼（変更）届出書については、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。