

| <h2 style="margin: 0;">介護予防・居宅サービス計画・介護予防ケアマネジメント 依頼(変更)届出書</h2> | | 受付印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|--|--|--|----|--|--|--|--|---|---|---|---|--|---|--|--|--|--|--------------------|--|--|--|--|
| 短期集中予防サービス・ 住民等主体の通所サービス のみ利用 | ※該当する場合には○をつけてください。 ※該当する場合には○をつけてください。 | 必ずどちらかに○をつけてください。 (一度でも「居宅の届出」が提出され ていれば「変更」です。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被 保 険 者 フリガナ | 予防給付・訪問型/通所型サービス(訪問/通所介護相当)・訪 問型/通所型サービスAと併用せず、短期集中予防サービスも しくは住民等主体の通所サービスを単独で(あるいはこれら2 つのみの併用で)利用する場合は○をつけてください | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">区分</th> <th colspan="4">新規・変更</th> </tr> <tr> <td>番号</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">大正 昭和 20 年 8 月 1 日</td> </tr> </table> | 区分 | 新規・変更 | | | | 番号 | | | | | 2 | 3 | 4 | 5 | | 日 | | | | | 大正 昭和 20 年 8 月 1 日 | | | | |
| 区分 | 新規・変更 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 大正 昭和 20 年 8 月 1 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <h3 style="margin: 0;">釧路 太郎</h3> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防・居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者の事業所名 <h3 style="margin: 0;">釧路市居宅介護支援事業所</h3> | 事業所の所在地 〒 085-0018 <h3 style="margin: 0;">釧路市黒金町8丁目2番地</h3> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 0174100099 | 電話番号 (0154)23-5151 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援を受託する場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者の事業所名 | 事業所の所在地 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地域包括支援センターが介護予防支援を委託する場合のみ記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <h3 style="margin: 0;">例:本人希望 要介護対象のため等(必要に応じ簡潔に記入)</h3> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅(介護予防)サービス計画の適用開始年月日 | 令和 ××年 ××月 ××日から開始 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (あて先) 釧路市長 上記の介護予防支援事業者・居宅介 作成を依頼することを届出します。 令和 ○○年 ○○月 ○○日 被保険者 住所 釧路市○○町○丁目○番地 氏名 釧路 太郎 | サービス利用開始日をご記入ください。 (「委託先変更」の場合は、ケアプラン作成 の担当を開始する日をご記入ください。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (注意) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 この届出書は、要介護認定等の申請時に、若しくは、介護予防・居宅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釧路市へ提出してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 介護予防・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もしくは介護予防 支援を受託する居宅介護支援事業所を変更するときは変更年月日を記入のうえ、必ず 釧路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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |