

| 居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書 | | 区 分 | | | | |
|--|--|-------|-------|----------|---------------|----------|
| | | 新規・変更 | | | | |
| 被保険者氏名 | 被保険者番号 | | | | | |
| ふりがな | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | |
| | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | |
| 明・大・昭 年 月 日 | | | | | | |
| 居宅サービス計画作成依頼(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 | | | | | |
| | - | | | | | |
| 事業所を変更する場合の理由等 | ※事業所を変更する場合のみ記入してください。 | | | | | |
| | | | | | | |
| <p>山口市長 様</p> <p>上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画作成依頼を届出します。</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">届出年月日</td> <td style="text-align: center;">令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">サービス開始(変更)年月日</td> <td style="text-align: center;">令和 年 月 日</td> </tr> </table> <p>居宅サービス計画作成依頼(変更)する居宅介護支援事業者が居宅介護支援の提供に当たり、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ことに同意します。</p> <p style="margin-left: 40px;">住所</p> <p>被保険者 電話番号 - -</p> <p style="margin-left: 40px;">氏名 (※)</p> <p style="text-align: center;">(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。</p> | | | 届出年月日 | 令和 年 月 日 | サービス開始(変更)年月日 | 令和 年 月 日 |
| 届出年月日 | 令和 年 月 日 | | | | | |
| サービス開始(変更)年月日 | 令和 年 月 日 | | | | | |
| 保険者確認欄 | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号 | | | | | |
| | | | | | | |
| <p>(注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、又は、居宅サービス計画作成依頼する事業者が決まり次第速やかに山口市へ提出してください。</p> <p>2 居宅サービス計画作成依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず山口市へ届け出てください。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。</p> | | | | | | |

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 明・大・昭 | | 年 | | 月 | | 日 | | | | | | | | | | | |
| 介護予防サービス計画作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する地域包括支援センター | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援事業所(地域包括支援センター)名 | | | | | 介護予防支援事業所の所在地 | | | | | 〒 | - | | | | | | | | |
| | | | | | 電話番号 | | | | | - | - | | | | | | | | |
| 介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント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又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所名 | | | | | 居宅介護支援事業所の所在地 | | | | | 〒 | - | | | | | | | | |
| | | | | | 電話番号 | | | | | - | - | | | | | | | | |
| 介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 ※変更する場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>山口市長 様</p> <p>上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に介護予防サービス計画作成又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。</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>届出年月日</td> <td>令和</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>サービス開始(変更)年月日</td> <td>令和</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> </table> <p>介護予防サービス計画作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供に当たり、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介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。</p> <p>住所</p> <p>被保険者</p> <p>電話番号</p> <p>氏名 (※)</p> <p>(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。</p> | | | | | | | | | | 届出年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | サービス開始(変更)年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 届出年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス開始(変更)年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、又は、介護予防サービス計画作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに山口市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメント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、必ず山口市へ届け出てください。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。

居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書

区分
新規・変更

| | |
|--------|-------------|
| 被保険者氏名 | 被保険者番号 |
| ふりがな | |
| | 個人番号 |
| | |
| | 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

| | |
|----------|-----------|
| 事業者の事業所名 | 事業所の所在地 〒 |
| | |
| | 電話番号 |

事業所を変更する場合の理由等 ※事業所を変更する場合のみ記入してください。

※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、特定施設入居者生活介護を除く。)、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

山口市長 様

上記の小規模多機能型居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届出します。

| | |
|---------------|----------|
| 届出年月日 | 令和 年 月 日 |
| サービス開始(変更)年月日 | 令和 年 月 日 |

居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する居宅介護支援事業者が居宅介護支援の提供に当たり、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ことに同意します。

住所

被保険者

電話番号

氏名

(※)

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

| | | | |
|--------|---------------------------------|--------------------------------|---|
| 保険者確認欄 | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 | <input type="checkbox"/> 届出の重複 | <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号 |
| | | | |

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、又は、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山口市へ提出してください。
- 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、変更年月日を記入の上、必ず山口市へ届け出てください。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。