

第 51 号様式

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・委託先(変更)届出書

種 別	居宅サービス計画 ・ 介護予防サービス計画 ・ 介護予防ケアマネジメント(総合事業)							区 分	新規 ・ 変更
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号				
フリガナ									
【生年月日】明・大・昭 年 月 日【性別】 男 ・ 女					個 人 番 号				
居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼する事業所または介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センター									
事業所(地域包括支援センター)					事業所の所在地 〒				
事業所番号					電話番号 ()				
委託先名					委託先事業所の所在地 〒				
事業所番号					電話番号 ()				
サービス開始(変更)年月日 (介護予防ケアマネジメント依頼書作成年月日) 年 月 日付									
下記の※印の項目は、該当する場合のみ記入してください。									
※事業所を変更する場合の事由									
※委託を止める場合には次の項目にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターが担当します。									
※(介護予防)小規模多機能型居宅介護・看護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 居宅サービス等 <input type="checkbox"/> あり (利用したサービス:) <input type="checkbox"/> なし									
長 岡 市 長 様 上記の事業所または地域包括支援センターに居宅(介護予防)サービス計画の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け出ます。 年 月 日 住 所 被保険者 氏 名 (印) 電話番号 ()									

- (注意) 1 この届出書は、居宅(介護予防)サービス計画の作成また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、速やかに長岡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または介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等を変更するときは、新たな事業所名、変更年月日、変更の事由を記入の上、必ず長岡市に届け出てください。届出のない場合は、サービスにかかる費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 介護予防サービス計画の作成及び介護予防ケアマネジメントの依頼を届け出る場合で、住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村へ提出してください。