

居宅サービス計画・介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書

年 月 日

(宛先)八千代市長

下記の事業者に居宅サービス計画・介護予防サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。

被保険者番号	0 0 0 0	個人番号	
住 所	〒		
フリガナ		電話番号	
被保険者氏名	Ⓜ	生年月日	明・大・昭 年 月 日
		性別	男・女

居宅サービス計画・介護予防サービス計画の作成を依頼する事業者

届 出 区 分	新規・変更
事業所の所在地	〒
事業者名 事業所名	電話番号
担当ケアマネジャー	
介護保険事業所番号	
居宅介護支援・介護 予防支援の開始日	年 月 日
介護サービス・介護予防 サービスの利用開始日	年 月 日
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。

※ 地域包括支援センターから介護予防サービス計画の作成の委託を受けた居宅介護支援事業者は、下記に記入してください。

事業所名	
担当ケアマネジャー	
事業所の所在地	〒
介護保険事業所番号	電話番号

注意

- この届出書は、要介護認定等申請時又は居宅サービス計画・介護予防サービス計画を作成する事業所の決定時に八千代市に提出してください。
- 居宅サービス計画・介護予防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、変更事由を記入の上、八千代市に提出してください。
- 届出がない場合は、サービスに係る費用をいったん全額自己負担していただくことがあります。
- 届出の際は、介護保険被保険者証を添付してください。