

										区 分				
										新規・変更				
被 保 険 者 氏 名					個 人 番 号									
フリガナ														
					被 保 険 者 番 号									
					1000									
					生 年 月 日									
					明・大・昭 年 月 日									
居宅サービス計画作成・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														
種 別			<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業所(地域包括支援センター) <input type="checkbox"/> (看護)小規模多機能型居宅介護支援事業所											
事業者の事業所名			事業所の所在地			〒								
			電話番号 ()											
居宅介護支援事業者が介護予防支援・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。														
受託事業者の事業所名			事業所の所在地			〒								
			電話番号 ()											
サービス開始年月日					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。									
					変更年月日 (年 月 日)									
(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の利用の有無			※(看護)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。											
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり (利用したサービス:) <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし														
池田市長 様														
上記の事業者に居宅サービス計画作成・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け出ます。														
年 月 日														
住所														
被保険者 電話番号 ()														
氏名 印 (自署の場合は省略可)														
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"/> 事業所番号											

(注意) 1.この届出書は、居宅サービス計画作成・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事業所が決まり次第速やかに池田市へ提出してください。
2.居宅サービス計画作成・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事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず池田市へ届け出てください。届け出のない場合、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。

※介護保険被保険者証(または資格者証)を添付して提出してください。

※受付時確認		※保険者確認欄	
提 出 区 分	暫 定	回 収	交 付
ケアマネ <input type="checkbox"/>			
家 族 <input type="checkbox"/>			