

居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
		個 人 番 号	
生 年 月 日		性 別	
年 月 日		男 ・ 女	
居宅（介護予防）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 ()
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。			
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 ()
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 日付)		
小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス及び地域密着型サービスの利用の有無	※小規模多機能型居宅介護事業者の場合のみ記入してください。		
	利用あり ・ 利用なし		
<p>恵 那 市 長 様</p> <p>上記の居宅介護（介護予防）支援事業者に居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼することを届出ます。また、恵那市がこの届出書記載の内容及び居宅（介護予防）サービス計画作成のために必要な情報を居宅介護（介護予防）支援事業者に提供することについて同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>被保険者 電話番号 ()</p> <p>氏 名</p>			

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅（介護予防）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恵那市役所まで提出してください。
- 2 居宅（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、変更年月日を記入のうえ、必ず恵那市役所に届け出してください。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。

○希望するサービス

ホームヘルパー・訪問入浴・訪問看護・訪問リハビリ・デイサービス・通所リハビリ
ショートステイ・グループホーム・小規模多機能型居宅介護・福祉用具貸与
 ・特定福祉用具販売・住宅改修・その他 ()

○サービス利用希望時期

届出後すぐ・認定結果が出てから・ケアマネと相談してから・分からない

○その他
