

市への提出は原則、本人同意日から3営業日以内をお願いします。

※事情により3営業日以内に提出が難しい場合は連絡してください。

様式第9号(第21条関係)

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		
フリガナ			
		個 人 番 号	

基本は居宅サービス計画(ケアプラン)作成について説明、同意を得た日を記入
 ※市へ届出(提出)した日ではありません。(原則:届出(提出)は同意日から3営業日以内)
 ※介護保険施設や病院等からの退所等の日ではありません。
 【同意日と異なる場合の例】
 ・更新申請等により翌月から「要支援」→「要介護」に変更となる場合
 ・支援事業所の変更により翌月から「給付管理」を行う場合
 ・小規模多機能型居宅介護の利用を開始する場合(実際のサービス利用開始日等を記入) 等

居宅サービス計画の作成を依頼(変更)事業者の事業所名	電話番号
居宅介護支援事業所番号	サービス開始(変更)年月日
事業所番号を記入	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。

(介護予防)小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能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	(介護予防)小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能居宅介護の利用前の居宅サービス((介護予防)居宅療養管理指導及び(介護予防)特定施設入居者生活介護(短期利用型以外)を除く。)及び地域密着型サービス(定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、(介護予防)認知症対応型通所介護、(介護予防)認知症対応型共同生活介護(短期利用型)及び地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用型)に限る。)の利用の有無を記入してください。
---	---

居宅サービスの利用あり (利用したサービス:
居宅サービスの利用なし

←小規模多機能型居宅介護の場合は
 ・「居宅サービス利用の有無」をチェック
 ・「利用したサービス」も記載

四国中央市長 様
 上記の居宅介護支援事業者、(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者又は看護小規模多機能居宅介護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。

年 月 日 ←居宅サービス計画(ケアプラン)作成
 [※居宅介護支援]について説明、同意を得た日

被保険者	住所	電話番号
氏名		

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者の資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所番号
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者事業所等番号		
事業所番号を記入			

居宅サービス計画の作成を依頼し、又は変更する事業者が居宅サービス計画の作成等を行うに当たり、被保険者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定又は要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定の結果及び意見並びに主治医意見書を当該事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

年 月 日 氏名

注

- この届出書は、要介護認定の申請時に、若し決まり次第、速やかに四国中央市へ提出して
- 居宅サービス計画の作成を依頼する事業者は、四国中央市に届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用をいったん、全額自己負担していただくことがあります。

住所、氏名等を記入
 ・氏名は原則「自署」
 ・印字の場合は「記名」+「押印」
 ・代筆の場合は「本人氏名」+「代筆者氏名」+「続柄」等