

**居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書**

様式第15号（第17条関係）

**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（変更）届出書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| オンライン入力 | | | | |  | | |  | | | 区　分 | | | |
| 新規・変更 | | | |
| 被保険者氏名  太枠内のみ記入してください。 | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 大・昭　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | |  | | | 事業所の所在地 | | | | | | | | 〒 | | | | | | |
|  | | | | | | 電話番号　　 （　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント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又は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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | ※変更する場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（令和　　年　　月　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護等の利用開始月における  居宅サービス等の利用有無 | | | | | | | | | ※小規模多機能型居宅介護等の利用前の居宅（介護予防）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を除く。）及び地域密着型（介護予防）サービス（夜間対応型訪問介護、（介護予防）認知症対応型通所介護及び（介護予防）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。 | | | | | | | | | | | |
| * 居宅サービス等の利用あり   （利用したサービス：　　　　　　　　　　）   * 居宅サービス等の利用なし | | | | | | | | |
| 庄　原　市　長　様  　上記の事業者に居宅（介護予防）サービス計画の作成・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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | □　被保険者資格　□　届出の重複  □　居宅介護支援事業者等事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  |  | |  |  |  |  | | |  | |  |  |  |
| 居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者等が居宅介護支援等の提供にあたり、被被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護支援事業者等に必要な範囲で提示することに同意します。  　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注意）１　この届出書は、要介護・要支援認定の申請時に、又は居宅（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庄原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を依頼する居宅介護支援事業所等を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず庄原市に届け出てください。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。

市町村コード　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　帳票ID

34210　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　022

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 確認者 |
|  |

以下については、庄原市職員が記入します。

**保険者記入欄**

　　　　　　　　　　　　　　□個人番号記載なし

□記載困難

　　　　　　　　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　）

＊郵送の場合、本人確認のための書類は写しでも可

|  |
| --- |
| □本人による申請（対面・郵送）　　・　　□代理権のない使者による申請（対面・郵送） |
| 番号確認方法 |
| □個人番号カード　・　□通知カード  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　□保険者システム |
| 本人の身元確認方法 |
| □個人番号カード　・　□運転免許書　・　□写真付の官公署から発行・発給された書類  　□その他２つ以上（①　　　　　　　　　　　　　　　②　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| □代理人による申請（対面・郵送） |
| 代理権の確認方法 |
|  |
| 本人の身元確認方法 |
| □代理人の個人番号カード　・　□代理人の運転免許書　・　□代理人の居宅介護支援専門員証  □代理人の写真付の官公署から発行・発給された書類  　□その他２つ以上（①　　　　　　　　　　　　　　　②　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 番号確認方法 |
| □個人番号カード　・　□通知カード  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　□保険者システム |