

## 居宅サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

(この書類は事業所で記入してください)

								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							
				生年月日				性別			
								年月日			
居宅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 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター											
居宅介護支援事業所名（地域包括支援センター名）				居宅介護支援事業所（地域包括支援センター）の所在地				〒			
居宅介護支援（地域包括支援センター）事業所番号											
電話番号 ( )											
居宅介護支援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 ( 年 月 日 )											
木津川市長 宛て											
上記の居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターに居宅サービス計画の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。											
申請年月日 年 月 日				（サービス開始年月日 年 月 日）							
住所 _____											
被保険者 氏名 _____											
電話番号 ( )											

(注意)

- この届出書は、要介護認定の申請時又は居宅サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する居宅介護支援事業所若しくは地域包括支援センターが決まり次第速やかに木津川市へ提出してください。
- 居宅サービス計画の作成を依頼する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず木津川市へ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。

保険者確認欄		
審査会日	PC入力日	送付日