

## 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

|        |                                                                                       |                |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 備前市長 様 |                                                                                       |                |
| 上記の事業者 | <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画<br><input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント | を依頼することを届出します。 |
| 令和     | 年                                                                                     | 月 日            |
| 被保険者   | 住 所                                                                                   |                |
|        | 氏 名                                                                                   |                |
|        | 電話番号                                                                                  | ( )            |

### 小規模多機能型居宅介護を利用される場合

☐ 居宅サービス等利用あり  
(利用したサービス: \_\_\_\_\_)

☐ 居宅サービス等利用なし

|            |                                                                                                                                              |           |      |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|
| 保険者<br>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<br>届出年月日    :    令和        年        月        日 | タイプ<br>入力 | 担当者印 |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|

(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市町村へ提出してください。

2 居宅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、必ず市町村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。