

										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									
					年 月 日									
居宅サービス計画・介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼(変更)する事業者														
事業所名					事業所の所在地									
					〒									
					電話番号 ()									
事業所番号														
介護予防支援又は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														
事業所名					事業所の所在地									
					〒									
					電話番号 ()									
事業所番号														
サービス開始(変更)年月日					年 月 日 付									
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。)														
<p>国分寺市長 殿</p> <p>上記の居宅サービス計画・介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント事業者に居宅サービス計画・介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼することを届出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>電話番号 ()</p> <p>被保険者</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、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画若しくは介護予防ケアマネジメントの作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに、国分寺市へ提出してください。
- 2 居宅サービス計画又は介護予防サービス計画若しくは介護予防ケアマネジメントの作成を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず国分寺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一旦、全額自己負担していただくことがあります(介護予防支援又は介護予防ケアプランの受託事業変更の際も同様です)。

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複	<input type="checkbox"/> システム入力
--------	---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------