居宅介護サービス計画等作成依頼（変更・終了）届出書

（居宅介護支援・介護予防支援／介護予防ケアマネジメント・小規模多機能型居宅介護等）

フリガナ		被保険者番号	
被保険者 氏　名		個人番号	
生年月日	大・昭・平　　年　　月　　日生		

居宅介護サービス計画等の作成を依頼（変更・終了）する事業者			
事業所名		事業所番号	
		所在地	
確認者氏名		電話番号	

届出の区分		
	□新規	年　　月　　日から　開始　する
	□変更	年　　月　　日から　変更　する 〔変更の理由〕 □転居のため □その他（具体的にご記入ください）
	□終了	年　　月　　日で　　終了　する 〔終了の理由〕 □施設等入所又は医療入院のため □その他（具体的にご記入ください）

依頼するサービスの区分（該当するものに☑してください）	
□居宅介護支援 （要介護１～５）	居宅介護サービス計画を作成する事業所に依頼します。
□介護予防支援・介護予防ケアマネジメント （要支援１・２　事業対象者）	介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントを 作成する事業所等に依頼します。
□小規模多機能型居宅介護 **□看護小規模多機能型居宅介護** （要介護１～５）	小規模多機能型居宅介護事業所又は看護小規模多機能型 居宅介護事業所に居宅サービス計画の作成を依頼します。 ●サービス利用開始月に他の居宅サービスを利用していますか。 □利用している　　□利用していない
□介護予防小規模多機能型居宅介護 （要支援１・２）	介護予防小規模多機能型居宅介護事業所に 居宅サービス計画の作成を依頼します。 ●サービス利用開始月に他の居宅サービスを利用していますか。 □利用している　　□利用していない

（あて先）
大津市長

上記のとおり届け出ます。

年　　月　　日

〒　　－

届出者　住所

電話番号　　（　　）

氏名　　（続柄）

受領確認欄	介護保険被保険者証を受領しました　　受領者名

・介護保険の居宅介護サービス等を利用する場合、必ず本届出書の提出が必要です。
　また居宅介護サービス計画等作成を依頼する事業所を変更する場合や介護保険施設等に入所することにより居宅介護サービス計画等を作成しないようになった場合もこの用紙によって届け出てください。
・この届出書は、「新規」と「変更」の場合は今後居宅介護サービス計画等の作成を担当する事業所で、「終了」する場合は現在居宅介護サービス計画等の作成を担当している事業所で確認の後、大津市介護保険課へ提出してください。