

異動事由  
 いずれかに○ 
 ・ 居宅介護支援事業者の変更  
 ・ 介護保険施設から在宅へ  
 ・ 介護保険施設から医療機関へ(入院)
 

 ・ 介護保険施設から他の介護保険施設へ  
 ・ 在宅から介護保険施設へ

大洲市居宅介護(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

		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		
居宅介護(介護予防)サービス計画の作成を依頼(変更)する(介護予防支援)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		
事業者の事業所名・地域包括支援センター名	事業所・地域包括支援センターの所在地	〒
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 ( )		
居宅介護(介護予防)支援事業者又は地域包括支援センター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 日付)
大洲市長 様		
上記の居宅介護(介護予防)支援事業者(地域包括支援センター)に居宅介護(介護予防)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出します。		
年 月 日		
住 所		
電話番号		
被保険者 氏 名		
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"/> 居宅介護(介護予防)支援事業者事業所(地域包括支援センター)番号	

- (注意)1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅介護(介護予防)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事業所が決まり次第速やかに大洲市へ提出してください。
- 2 居宅介護(介護予防)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事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず大洲市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。
- 3 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合(居宅サービス計画の作成を依頼する場合を除く。)は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。