

様式第14号

居宅（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

（あて先）川口市長

年 月 日

次のとおり居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所（地域包括支援センター）・小規模多機能型居宅介護事業所等に居宅（介護予防）サービス計画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。

届出者（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				
		明・大・昭 年 月 日									
住所	〒 電話番号 ()										
依頼（変更）する居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所（地域包括支援センター）・小規模多機能型居宅介護事業所等											
事業者及び事業所名						事業所の所在地					
						〒 電話番号 ()					
介護保険事業所番号											
介護予防ケアマネジメントを依頼する場合のみ記入											
<input type="checkbox"/> 要支援者		<input type="checkbox"/> 事業対象者（基本チェックリスト実施日 年 月 日）									
事業所を変更する場合のみ記入											
変更の理由等		変更年月日				年 月 日					
小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無						<input type="checkbox"/> 利用あり			<input type="checkbox"/> 利用なし		

（注意）

- この届出書は、居宅（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川口市へ提出してください。
- 居宅（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いったん全額自己負担していただくことがあります。

事務処理欄 ケアマネジメントC（4月～6月） ケアマネジメントC（10月～12月）
 ケアマネジメントC（7月～9月） ケアマネジメントC（1月～3月）