

課 長	課長補佐	係 長	係 員	入 力

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

被保険者氏名		被保険者番号		個人番号		生年月日		性別	
居宅サービス計画作成について (いずれかの数字を○で囲んでください)		1. 居宅介護支援（小規模多機能型居宅介護）事業者に依頼する 2. 事業者に依頼しない（被保険者が作成する） 3. 介護予防支援（介護予防小規模多機能型居宅介護）事業者／地域包括支援センターに依頼する							
居宅サービス計画作成を居宅介護支援〔（介護予防）小規模多機能型居宅介護〕事業者に依頼する場合又は介護予防ケアマネジメントの作成を地域包括支援センターに依頼する場合に、記入してください。									
事業者の事業所名		事業所の所在地		〒					
[介護支援専門員氏名：]		電話番号		()					
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。									
事業者の事業所名		事業者の所在地		〒					
[介護支援専門員氏名：]		電話番号		()					
事業者の変更事由									
変更年月日 (年 月 日付)									
(介護予防) 小規模多機能型居宅介護の利用開始月における、利用開始前の居宅サービス等の利用有無									
※ (介護予防) 小規模多機能型居宅介護事業者に変更する場合に、記入してください。									
☐ 居宅サービスの利用有り		利用した居宅サービス等							
☐ 居宅サービスの利用なし									
五所川原市長 上記のとおり居宅（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ことを届け出します。				サービス利用開始予定日 年 月 日					
また、居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護（介護予防）支援事業者が居宅介護（介護予防）支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護（介護予防）支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。									
年 月 日									
被保険者		住所		氏名		電話番号		()	
(本人自署又は代署、代署の場合は枠外に理由記載)									
保険者確認欄		要介護状態区分		認定済： 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 (有効期間 ~)		申請中： 年 月 日			
☐ 支援事業者（地域包括支援センター）		☐ 委託先居宅介護支援事業所		☐ 総合事業対象者					

(注意) 1 この届出書は、要介護（要支援）認定の申請時に、若しくは、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五所川原市へ提出してください。

2 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うえ、必ず五所川原市に届け出てください。届け出のない場合、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。