

居宅(介護予防)サービス計画作成届出書

フリガナ		性別	被保険者番号				
被保険者氏名		<input type="checkbox"/> 男	個人番号				
		<input type="checkbox"/> 女	生年月日		<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和
		年 月 日					
事業所名							
事業所番号							
事業所の所在地			〒 _____ 電話番号 () _____				
担当介護支援専門員氏名等			介護支援専門員番号				
区分	<input type="checkbox"/> 新規	令和 年 月 日					
	<input type="checkbox"/> 変更	令和 年 月 日 ※変更の事由(_____)					
	<input type="checkbox"/> 終了	令和 年 月 日					
(介護予防)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		<p>(介護予防)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(居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。)及び(介護予防)地域密着型サービス(夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護(短期利用型))に限る。)の利用の有無を記入して下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり 利用したサービス(_____)</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし</p>					
(あて先) 八戸市長 上記の居宅介護支援事業所等に対する、居宅サービス計画作成届出書を提出します。 令和 年 月 日 被保険者 住所 _____ 氏名 _____ 電話番号 () _____							
保険者確認欄 ※この欄は、記入しないでください。	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複		処理		受理	入力	

(注意)

- この届出書は、要介護認定の申請時、若しくは、居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに八戸市介護保険課へ提出して下さい。
- 居宅サービス計画の作成を依頼する事業所を変更する時は、変更年月日を記入の上、速やかに八戸市介護保険課へ提出して下さい。

※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。