

様式第 17 号 (第 21 条関係)

居宅介護 (介護予防) サービス計画作成依頼 (変更) 届出書

										区 分	
										新規・変更	
フリガナ										被保険者番号	
被保険者 氏 名											
生年月日	年	月	日	性 別							

居宅介護 (介護予防) サービス計画の作成を依頼 (変更) する事業者

事業者の 事業所名											
事業所の種類	居宅介護 (介護予防) 支援事業所 / (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 / (介護予防) 複合型サービス事業所										
事業所の 所 在 地	〒 電話番号										
事業所番号											
事業所を変更する 場合の事由等	※事業所を変更する場合のみ記入ください。										
変更年月日	※事業所を変更する場合、または介護認定が介護から予防、予防から介護に変更となった場合に記入ください。 年 月 日付 [介護 → 予防 ・ 予防 → 介護] ※介護認定の変更による場合は、該当する方に○を付けてください。										
小規模多機能型居 宅介護及び複合型 サービスの利用開 始月における居宅 サービス等の利用 の有無	※ (介護予防) 小規模多機能型居宅介護、複合型サービス利用前の居宅サービス (特定施設入居者生活介護を除く。) 及び地域密着型サービス (定期巡回・随時対応型訪問看護、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。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり (利用したサービス: _____) <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし										
酒田市長 宛 上記の事業者に居宅介護 (介護予防) サービス計画の作成を依頼することを届出します。 年 月 日 住所 被保険者 氏名 電話番号											
酒田市確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 事業所番号										

備考

- この届出書は、要介護・要支援認定の申請時又は居宅介護 (介護予防) 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酒田市介護保険担当課に提出してください。
- 居宅介護 (介護予防) サービス計画の作成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、必ず酒田市介護保険担当課に届出してください。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。
- この届出は、居宅介護 (介護予防) 支援事業所、(介護予防) 小規模多機能型居宅介護事業所、(介護予防) 複合型サービス事業所が代行できます。