

様式第 22 号（第 17 条関係）その 1

居宅（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	
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		男・女			
居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者								
居宅介護（介護予防） 支援事業所名			居宅介護（介護予防） 支援事業所の所在地			〒		
			電話番号（ ）					
介護予防支援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（ ）					
介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等								
※変更する場合のみ記入してください。								
変更年月日 (平成 年 月 日付)								
久慈広域連合長 様 上記の居宅介護（介護予防）支援事業者に居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼することを 届け出します。  平成 年 月 日 住 所  被保険者 氏 名 (印) 電話番号（ ）								
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"/> 介護予防支援事業者事業所番号						

備考 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を依頼する事業所が決まり次第速やかに久慈広域連合介護保険課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を依頼する居宅介護（介護予防）支援事業所又は介護予防支援を受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず久慈広域連合介護保険課へ届け出てください。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。

様式第22号（第17条関係）その2

居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書（小規模多機能型）

		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
		明・大・昭 年 月 日	男・女
居宅（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		事業所の所在地 〒	
		電話番号 ( )	
事業者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してください。	
		変更年月日 ( 年 月 日付け)	
(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居宅（介護予防）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の利用前の居宅（介護予防）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ください。	
<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			
久慈広域連合長 様 上記の小規模多機能型居宅介護事業者に居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼することを届け出します。  平成 年 月 日 住 所  被保険者 氏 名 (印) 電話番号 ( )			
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"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号			

備考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久慈広域連合介護保険課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、必ず久慈広域連合介護保険課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。