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・廃止）届出書

個人番号												

届出区分	被保険者氏名	被保険者番号
□ 新規 □ 変更 □ 廃止	フリガナ	
		生年月日 □大正　□昭和　　年　　月　　日

居宅・介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼（変更・廃止）する事業者	
事業者の事業所名	
介護保険事業所番号	
事業所の所在地	〒 電話番号　（　　）
契約等の発効（失効）年月日　※サービス事業対象者の場合は登録日	年　　月　　日
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してください。	

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	
介護保険事業所番号	
事業所の所在地	〒 電話番号　（　　）
小規模多機能型居宅介護利用開始月における居宅サービス等の利用の有無	※月途中で小規模多機能型居宅介護を利用した場合のみ記入してください □ 居宅サービス等の利用あり 利用したサービス[　　] □ 居宅サービス等の利用なし

阿賀町長　様

（いずれかにチェック）

□上記の居宅介護支援事業者等に、居宅介護サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。

□上記の介護予防支援事業所又は地域包括支援センターに、介護予防サービス計画の作成・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。

□上記の居宅介護事業者等・介護予防支援事業所又は地域包括支援センターとの契約を廃止することを届け出ます。

年　　月　　日

住　所

（被保険者）　　電話番号　　（　　）

氏　名　　印

（自署の場合は押印不要）

（注意）

1 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阿賀町の介護保険担当課へ提出してください。

2 サービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを依頼するときは、基本チェックリストを添付して届け出てください。

3 居宅介護支援事業者等・介護予防支援事業所又は地域包括支援センターを変更するとき（または契約が失効したとき）は、変更年月日（失効年月日）を記入の上、必ず阿賀町の介護保険担当課に届け出てください。変更の届出のない場合は、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。

受理年月日	※「居宅介護支援事業者等」とは、居宅介護支援・小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護事業者・看護小規模多機能型居宅介護事業者をいいます。		
	*（保険者記入欄） （共通） □被保険者資格 □事業所番号 □届出の重複	（要介護・要支援） □要介護　□要支援 （サービス事業対象者） □サービス事業対象者確認済	入　力