

様式第15号（第10条関係）

居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書

【該当届出事業者に○印を付してください。】

1 居宅介護支援事業者 2 介護予防支援事業者 3 小規模多機能型居宅介護事業者		区分 新規・変更
被保険者氏名 フリガナ		被保険者番号
		個人番号
		生年月日
		性別
		年 月 日
		男 ・ 女
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者		
介護予防支援事業所名		
事業所の所在地	〒	
電話（ ）		
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 ※居宅介護支援事業者が介護予防を受託する場合にも記入してください。		
居宅介護支援事業所名		
事業所の所在地	〒	
電話（ ）		
居宅介護（介護予防）支援事業所を変更する場合の事由等 ※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）		
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	※小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス（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		
伊予市長様 上記の居宅介護（介護予防）支援事業者等に居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼することを届出します。 年 月 日 住 所 被保険者氏名 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"/> 居宅介護（介護予防）支援事業者等事業者番号	

- (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を依頼する事業所が決まり次第、速やかに伊予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、必ず伊予市に届出してください。届出の無い場合、サービスに係る費用を一旦、金額自己負担していただくことがあります。