

ケアプラン作成・介護予防ケアマネジメント 依頼(変更・終了)届出書

被保険者氏名		被保険者番号									
フリガナ											
		個人番号									
		要介護度 (該当の要介護度に○をしてください。)									
生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 事業対象者									
ケアプラン(介護・予防)の作成又は介護予防ケアマネジメント(総合事業のみのプラン)を依頼する事業者											
事業所名				事業所の所在地等		〒					
事業所番号											
担当ケアマネジャー：				(電話)		()					
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											
※居宅介護支援事業所が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターから受託する場合のみ記入してください。											
事業所名				事業所の所在地等		〒					
事業所番号											
担当ケアマネジャー：				(電話)		()					
給付管理 ☐ 依頼(新規) ☐ 変更 ☐ 終了 年 月 日											
事業所を変更・終了する場合の事由等				☐ 3 認定区分の変更(要介護認定⇔要支援認定) ☐ 1 住所変更のため ☐ 4 介護保健施設等に入所・入居したため ☐ 2 自己都合により ☐ 5 その他 ()							
(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・地域密着型サービスの利用の有無 ※月途中から(看護)小規模多機能型居宅介護事業者を利用開始の場合は、必ず記載してください。 ☐ なし ☐ あり(利用したサービス：)											
小 布 施 町 長 様 上記のとおり、ケアプランの作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。 年 月 日 住 所 (電話) () 被保険者氏名											
ケアプランの作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者がサービスの提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該事業者に必要な範囲で提示することに同意します。また、自己負担割合の情報提供について同意します。 年 月 日 氏名											

- ※注意
- この届出書は、要介護(要支援)認定の申請時に、又はケアプランの作成や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、速やかに小布施町へ提出してください。
 - ケアプラン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を変更するときは、給付管理変更年月日を記入の上、必ず小布施町に届け出てください。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。
 - 事業者との契約が失効したとき、又は介護保険施設等に入所すること等により、ケアプランの作成又は介護予防ケアマネジメントの依頼を終了した場合は、給付管理終了年月日を記入の上、町に届け出てください。なお、事業所を変更した場合、又は保険者資格を喪失した場合は、終了の届出は不要です。

保険者 確認欄	☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 居宅介護支援事業者番号	受理	入力年月日	備考
			年 月 日	

記入上の注意事項

ケアプラン作成・介護予防ケアマネジメント 依頼(変更・終了)届出書

被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
		個人番号	
		要介護度（該当の要介護度に○をしてください。）	
生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 事業対象者	
ケアプラン(介護・予防)の作成又は介護予防ケアマネジメント(総合事業のみのプラン)を依頼する事業者			
事業所名		事業所の所在地等 〒 -	
※			
事業所番号			
担当ケアマネジャー：			
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを ※居宅介護支援事業所が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント			
事業所名			
事業所番号			
担当ケアマネジャー：		(電話) ()	
給付管理 ☐ 依頼(新規) ☐ 変更 ☐ 終了 年月日		年 月 日	
事業所を変更・終了する場合の事由等		☐ 3 認定区分の変更(要介護認定⇔要支援認定)	
☐ 1 住所変更のため		☐ 4 介護保険施設等に入所・入居したため	
☐ 2 自己都合により		☐ 5 その他 ()	
(看護) 小規模多機能型居宅介護の利用開始		居宅サービス・地域密着型サービスの利用の有無	
※月途中から(看護)小規模多機能型居宅介護の利用開始			
☐ なし ☐ あり(利用したサ			
小 布 施 町 長 様		この欄の日にちと実際の給付管理の日にちに矛盾があると、保険給付されず返戻扱いとなりますので、お間違いないようにしてください。	
上記のとおり、ケアプランの作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。			
年 月 日		住 所	
		(電話) ()	
		被保険者氏名	
ケアプランの作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者がサービスの提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該事業者に必要な範囲で提示することに同意します。また、自己負担割合の情報提供について同意します。			
年 月 日		氏名	

※注意

- この届出書は、要介護(要支援)認定の申請時に、又はケアプランの作成や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、速やかに小布施町へ提出してください。
- ケアプランの作成又は介護予防ケアマネジメントの依頼は、必ず小布施町に届け出た月日を記入の上、必ず小布施町に届け出た額自己負担していただくことがあります。
- 事業者との契約が失効したとき、又は介護予防ケアマネジメントの依頼を終了した場合は、給付管理終了年月日を記入の上、町に届け出てください。なお、事業所を変更した場合、又は保険者資格を喪失した場合は、終了の届出は不要です。

プランを作成するために必要な情報を町がケアマネジャーに提供するための同意です。本人又は親族が署名してください。

保険者 確認欄	☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 居宅介護支援事業者番号	受理	入力年月日	備考
			年 月 日	