

新規の場合

今まで、他事業所や地域包括支援センターでケアプランを作成したことがない方は、「新規」に○。

居宅介護(介護予防) サービス計画作成依頼(変更)届出書

記入例

		種 別	区 分
		介護・予防	新規・変更
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ	エビナ ハナコ	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	
海老名 花子		個 人 番 号	
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0	
		生 年 月 日	
明・大・昭		11 年 11 月 11 日	
		性別	
		男 女	
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		事業所の所在地	
海老名居宅介護支援事業所		〒 243-0492	
		海老名市勝瀬175番地の1	
		電話番号 046 (231) 4952	
事業所番号		1 4 7 0 0 0 0 0 0 0	
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チェックしてください。	
<input type="checkbox"/> 予防給付から介護給付へ移行のため <input type="checkbox"/> 本人及び家族の希望のため		<input type="checkbox"/> 自己作成から介護給付へ移行のため <input type="checkbox"/> その他(その他の場合は理由を書いてください。)	
変更年月日			
※事業所を変更する場合のみ記入必須→ (年 月 日 付)			
海老名市長 様			
上記の居宅介護(介護予防) 支援事業者に居宅サービス計画または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 28 年 1 月 1 日			
住所 海老名市勝瀬1			
電話番号 046 (231) 2111			
被保険者 氏 名 海老名 花子			
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) 支援事業者事業所番号	

給付を開始する日をご記入ください。サービス利用の開始日より後の日付にならないように。

- (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、居宅介護サービス計画・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、速やかに海老名市へ提出してください。
- 2 居宅介護サービス計画・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、必ず海老名市に届け出てください。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。

変更の場合

今まで、他事業所や地域包括支援センターでケアプランを作成していた方(自己作成含む)は、「変更」に○。

居宅介護(介護予防) サービス計画作成依頼(変更)届出書

記入例

		種 別	区 分
		介護・予防	新規・変更
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ	エビナ ハナコ	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	
海老名 花子		個 人 番 号	
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0	
		生 年 月 日	
		明・大・昭	性別
		11 年 11 月 11 日	男 女
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		事業所の所在地	
海老名居宅介護支援事業所		〒 243-0492	
		海老名市勝瀬175番地の1	
		電話番号 046 (231) 4952	
事業所番号		1 4 7 0 0 0 0 0 0	
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チェックしてください。	
<input checked="" type="checkbox"/> 予防給付から介護給付へ移行のため		<input type="checkbox"/> 自己作成から介護給付へ移行のため	
<input type="checkbox"/> 本人及び家族の希望のため		<input type="checkbox"/> その他(その他の場合は理由を書いてください。)	
変更年月日			
※事業所を変更する場合のみ記入必須→ (平成28年 1 月 1 日 付)			
海老名市長 様			
上記の居宅介護(介護予防) 支援事業者に居宅サービス計画または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 28 年 1 月 1 日			
住 所		海老名市勝瀬1	
		電話番号 046 (231) 2111	
被保険者			
氏 名		海老名 花子	
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) 支援事業者事業所番号	

記入漏れが多いです。
変更の場合は、必ずご記入ください。

(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、居宅介護サービス計画・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、速やかに海老名市へ提出してください。

2 居宅介護サービス計画・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、必ず海老名市に届け出てください。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。