

様式第9号（第6条関係）

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）届出書

区分				
新規・変更				
被保険者氏名	被保険者番号	個人番号	生年月日	性別
居宅サービス計画の作成について (いずれかの数字を○で囲んでください)		1. 居宅介護支援（小規模多機能型居宅介護）事業者に依頼する 2. 事業者に依頼しない（被保険者が作成する） 3. 介護予防支援（介護予防小規模多機能型居宅介護）事業者/ 地域包括支援センターに依頼する		
居宅サービス計画若しくは介護予防サービス計画の作成を事業者に依頼する場合又は、介護予防ケアマネジメントの作成を地域包括支援センターに依頼する場合に、記入してください。				
事業者の事業所名	事業者の所在地			〒
電話番号 ()				
居宅介護支援事業者が、介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成を居宅介護支援事業者に委託する場合に、委託先の事業者を記入してください。				
事業者の事業所名	事業者の所在地			〒
電話番号 ()				
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 (年 月 日付)				
(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、(介護予防) 小規模多機能型居宅介護の利用開始前の居宅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事業者に変更する場合に、記入してください。				
<input type="checkbox"/> 居宅サービスの利用有り 利用した居宅サービス <input type="checkbox"/> 居宅サービスの利用無し				
下呂市長 様 上記の居宅（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				
被保険者	住 所 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"/> (小規模多機能型) 居宅介護支援 (介護予防支援) 事業者事業所番号			
	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号			

- (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下呂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、必ず下呂市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。

個人番号等確認欄

番号確認	窓口（施設）に来た方の身元の確認			
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載の住民票の写し • 住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()	1 点確認 2 点確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神福祉手帳（写真付き） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 各保険証（ ） <input type="checkbox"/> 年金証書・手帳 <input type="checkbox"/> 受給者証（医療・サービス） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
		<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
代理権確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
(市確認者)				