第１５号様式（第１８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等依頼（変更）届出書

サービス種類	種　別	区　分
居宅介護支援・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント・（看護）小規模多機能型居宅介護	介護　・　予防	新規　・　変更

被保険者氏名	被保険者番号		
フリガナ　　アヤセ　タロウ	○○○○○○○○○○		
綾瀬　太郎	個人番号		
	○○○○○○○○○○○○		
	生年月日	性　別	
	明・大・昭１１年　１月　１日	男　・　女	

居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業所
または、介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター

事業所名	事業者等の所在地
綾瀬市居宅介護支援事業所	〒２５２－１１９２ 綾瀬市早川５５０番地 電話番号　０４６７（　７７　）１１１１

介護予防支援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を受託する場合のみ記入してください。

事業所名	居宅介護支援事業所の所在地
	〒 電話番号　　（　　）

（看護）小規模多機能型居宅介護等の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無

□　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

事業所等を変更する場合の事由

変更年月日（　　年　　月　　日付）

（宛先）綾瀬市長

上記の居宅介護（介護予防）支援事業者、地域包括支援センター、（看護）小規模多機能型居宅介護事業者、または（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業者に居宅（介護予防）サービス計画の作成また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。

令和○年　○月　○日

届出者			
	氏　名	※本人が届出る場合は本人氏名を記入 綾瀬　花子 被保険者との関係（　子　）	私は、左記の者を代理人と定め、当該届出手続きの代理を依頼しました。 被保険者氏名 綾瀬　太郎
	住　所	〒２５２－○　綾瀬市早川○○○ （○○）○○○○	

保険者

番号

届出の手続きの代理を受任する場合は、担当事業所名、担当の介護支援専門員の氏名、事業所所在地を記入してください。

（注意）１　この届出書は、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、(看護)小規模多機能型居宅介護のサービス計画作成又は(介護予防)小規模多機能型居宅介護のサービス計画作成を依頼する事業所等が決まり次第速やかに綾瀬市に提出してください。

２　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、(看護)小規模多機能型居宅介護のサービス計画作成又は(介護予防)小規模多機能型居宅介護のサービス計画作成を依頼する事業所等を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず綾瀬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、全額負担していただくことがあります。

３　要支援１、２の方で住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。