

居宅・介護予防サービス計画依頼(変更)届出書

被保険者氏名	個人番号
フリガナ	
	被保険者番号
	生年月日
	性別
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

1 ケアプラン・介護予防ケアプラン作成方法について

新規 (下のどちらかに○付け)
 ・ ケアマネジャー (支援事業者) に依頼
 ・ 地域包括支援センターに依頼
 ・ 自己作成 (本人または家族が作成)
 変更 (下のどちらかに○付け)
 ・ 別の事業所に変更
 ・ 自己作成に変更
 ・ ケアプラン作成不要 [理由: _____]

2 ケアプラン・介護予防ケアプラン作成の依頼先について (新規・変更)
 (変更の場合は新しく依頼する事業者の内容を記載してください。)

開始(変更)年月日	年 月 日 [必須・正確に]
(事業所名)	(担当ケアマネジャー)※介護予防ケアプランの場合は不要
(住所)	(電話)
	()

伊勢原市長 殿

上記のとおり居宅・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

届出者

- 被保険者本人
 被保険者家族等
 (右の住所等記載)

住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____)

電話 _____ ()

[以下は市の記入欄]

①認定状況等 <input type="checkbox"/> 認定者 <input type="checkbox"/> 申請中	④新被保険者証 <input type="checkbox"/> 窓口渡し	(処理担当者)
②旧被保険者証 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収	<input type="checkbox"/> 後日郵送	
③システム登録 <input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録	<input type="checkbox"/> 資格者証発行	
⑤計画作成不要の場合の支援担当への連絡 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		

※認定結果がでるまでに介護サービスが必要な場合は、暫定的なプランによりサービスを受けることができますが、認定結果によりケアプラン費用・サービス費用を自己負担していただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。