様式第35号(第35条関係)

居宅サービス計画(介護予防サービス計画)作成依頼(変更)届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 新　規・変　更 | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 被保険者氏名 | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | |  |  | |  | |  | | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
|  | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅サービス計画(介護予防サービス計画)の作成を依頼(変更)する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名及び事業所番号 | | | 事業所の所在地 | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |
| 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記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日  (令和　　年　　月　　日付け) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (届出先)　土浦市長  　上記の居宅介護(介護予防)支援事業者又は(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を依頼することを届け出ます。  　　　令和　　　年　　　月　　日  　　　　　　　　　住所  　　　被保険者　　氏名  　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

居宅サービス計画（介護予防サービス計画）の作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）が居宅介護支援（介護予防支援）の提供にあたり、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居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）に必要な範囲で提示することに同意します。

令和　　年　　月　　日　　　氏　名

(注意)　1　この届出書は、居宅サービス計画(介護予防サービス計画)の作成を依頼する事業者が決まった場合又は事業者を変更する場合に、必要事項を記入の上、速やかに土浦市高齢福祉課に提出してください。

　　　　2　介護保険法第41条第6項、第42条の2第6項、第53条第4項及び第54条の2第6項の規定による介護給付費の支給を受ける場合は、居宅介護支援が開始された日から14日以内に提出してください。届出書の提出がない場合は、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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者確認欄 | □被保険者資格　　□届出の重複　　□提出日  □居宅介護(介護予防)支援事業者事業所番号  □(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号 | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| 受付日 | | 受付 | | | 被保険者証の発行 | | | | | 備考 | | | |
|  | |  | | | 有　・　無 | | | | |  | | | |