

居宅サービス計画等作成依頼届出書

久留米市長 あて

下記の居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、地域包括支援センターに居宅サービス計画、介護予防支援計画の作成、介護予防ケアマネジメントを依頼することを届出します。

被保険者氏名	フリガナ	クルメ タロウ	被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	
	久留米	事業所名は、事業所ゴム印または事業所角印を押印してください。事業所名が手書きの場合は事業所角印が必要です。事業所名が手書きのみの場合受付することができません。	生年月日	大正・昭和 年 月 日										
被保険者住所	〒	—	電話	— —										
居宅サービス計画等の作成を希望する事業者名			※事業所名のゴム印または事業所角印を押印してください。手書きのみは不可です。											
〇〇ケアプランサービス (事業者の所在地) 〒830-8520 久留米市城南町15番地3			地域包括支援センター印											
新規・変更年月日			令和 〇 年 〇 月 〇 日											
居宅介護支援事業所番号			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	※暫定でサービスを利用し、要介護の認定がおりた場合は地域包括支援センターの公印の押印があれば月を遡り登録することを認めます。	
総合事業の利用の有無			※基本チェックリストを受けて総合事業											
利用の有無			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 サービス事業の種類 <input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> 通所型 サービス終了年月日 年 月 日											

＜注意＞
 1. この届書は、要介護原則、同月内に届出の
 2. 居宅サービス計画の
 要介護認定、更新、区分変更申請中に事業対象者としての介護予防・生活支援サービスの有無を記載し、有の場合は種類とサービス事業の終了年月日を記載してください。
 事業所が決まり次第速やかに久留米市に提出してください。いただくことがあります。連絡のうえ提出してください。

申請を下記の者に委任します。(申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載は不要です。)

受任者氏名	篠山 花子	連絡先(日中連絡がとれるところ)	0942-30-9036
受任者住所	久留米市城南町15番地3	本人との関係	ケアマネジャー

＜市記入欄＞

受付	原課	届出を持参した方の氏名、連絡先、住所(事業所住所・電話番号で可)、本人との関係を記載し					同時申請			事業者の開始年月日	
	耳納	千歳	高牟礼	上津	筑邦	送達	新規	区変	更新	開始	/
処理	被保険者証回収		介護度		発行		ケアプラン入力				
	済・未		介・支・暫		H・S・入力のみ						

＜備考＞

番号確認 個・通・住・シ・職・()
 本人確認 介・CM・個・運・旅・障・保・年・間・()

受付印