

# 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。

年 月 日

被保険者氏名	フリガナ	被保険者番号									
		個人番号									
		生年月日									
被保険者住所	〒 -										
	電話 - -										

居宅サービス計画等の作成をする事業者 ※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。

(事業者名)	地域包括支援センター印									
(事業者の所在地)	〒 -									
	電話 - -									
新規・変更年月日	年 月 日									
居宅介護支援事業所番号	※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のサービスを使っていた方のみ記入してください。

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>

- この届書は、要介護認定の申請時に、若しくは居宅サービス計画作成を依頼する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。原則、同月内に届出のない場合、サービスにかかる費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
- 居宅サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、従前の事業者に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	連絡先(日中連絡がとれるところ)
受任者住所	本人との関係

<市記入欄>

受付	原課	田主丸	北野	城島	三潴	FAX	同時申請			事業者の開始年月日		
							情報開示	新規	区変	更新	開始	/
	耳納	千歳	高牟礼	上津	筑邦	送達						
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