居宅介護サービス計画・介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

区　分
新規・変更

被保険者氏名	被保険者番号	
ﾌﾘｶﾞﾅ		
	個人番号	
	生年月日	性　別
	明・大・昭 年　月　日	男・女

認定結果が要介護認定の場合	居宅介護サービス計画の作成を依頼する居宅介護支援事業所 （事業所を変更する場合は、変更先）	
	事業所の名称	
	事業所の所在地	〒　　―
	住所 電話番号（　　）	
認定結果が要支援認定の場合、又は事業対象者の場合	介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所	
	事業所の名称 ***加賀市地域包括支援センター***	※介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを行う担当を下記より選択ください。但しイ.ウ.については、委託可能な範囲が限られておりますので、希望に添えない場合もあります。
	事業所の所在地　***〒922―8622*** ***加賀市大聖寺南町二41番地*** 電話番号　***（0761）72－7850***	ア.地域包括支援センターによる担当を希望 イ.上記居宅介護支援事業所による担当を希望 ウ.その他の居宅介護支援事業所による担当を希望 事業所名（　　）
事業所を変更する場合の理由等	※事業所を変更する場合のみ記入して下さい。 変更年月日 （令和　　年　　月　　日付）	

（あて先）　加 賀 市 長

上記の事業所に居宅介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼したので、その旨を届け出します。

令和　　年　　月　　日

住　所

被保険者

氏　名

代筆者氏名　　電話番号（　　）

(本人との続柄：　　)

（注意）1　この届出書は、要介護認定の申請時、居宅（介護予防）介護サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第速やかに加賀市へ提出してください。

2　居宅（介護予防）介護サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず加賀市に届け出してください。届出のない場合、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。

3　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窓口へ提出ください。

市記入欄	□　被保険者資格　□　届出の重複 □　居宅介護支援事業者事業所番号