

様式第45号(甲)(第38条関係)

堺市居宅(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	
フリガナ		性別	被 保 険 者 番 号
氏 名			個人番号
生年月日	年 月 日		

被保険者ご本人の氏名、性別、被保険者番号、個人番号(マイナンバー)、生年月日(和暦)を記入します。

居宅サービス等計画の作成を依頼(変更)する支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する地域包括支援センター			
事業所名		所在地	〒 電話番号
事業所番号		居宅サービス等計画 作成依頼日 介護予防ケアマネジメント 依頼日	年 月 日
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。)			

居宅サービス等計画(ケアプラン)の作成、又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者の事業所の名称、所在地などを記載します。

堺市長殿

上記の支援事業者又は地域包括支援センターに居宅サービス等計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。

届出日 年 月 日

被保険者(本人)  
住 所 〒  
氏 名  
電 話 番 号

(※)

被保険者ご本人の住所、氏名、電話番号を記入します。  
(※)において、被保険者本人が自署しない場合は、記名押印をしてください。

同 意 書	
指定居宅サービス等の提供を適切に行うため、私の居宅サービス等計画及び介護予防ケアマネジメントの内容を主治医、サービス提供事業者等に対して、情報提供することに同意します。	
氏名	(※)

かかりつけの医師や介護保険サービス以外の保健福祉サービス実施機関とも連携して適切な居宅サービス等の提供を行うために、主治医、サービス提供事業者等に居宅サービス等計画又は介護予防ケアマネジメントの内容を提供することに同意する場合は、記名、押印します。  
(※)において、被保険者本人が自署しない場合は、記名押印をしてください。

- (注) 1 (※)において、被保険者(本人)がそれぞれ自署しない場合は、記名押印をしてください。  
2 この届出書は、居宅サービス等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堺市へ提出してください。  
3 支援事業所を変更するときは、必ず堺市に届け出てください。届出のない場合は、介護保険居宅サービス等に係る費用の全額を立て替えていただくことがあります。

「介護事業者等において個人番号を利用する事務について」に記載のとおり、個人番号を記載した申請書を提出する際には、マイナンバー通知書等(写し可)や身元確認書類が必要になります。