

☐ 居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書

☐ 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									
フリガナ											
		個 人 番 号									
生 年 月 日		性 別									
明・大・昭 年 月 日		男・女									
居宅サービス計画作成を依頼（変更）する事業者											
居宅介護支援事業所名				居宅介護支援事業所の所在地				〒 ー			
事業所番号				電話番号		()					
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（変更）する事業者											
介護予防支援事業所 （地域包括支援センター）名				介護予防支援事業所（地域包括支援センター）の所在地				〒 ー			
事業所番号				電話番号		()					
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※受託する場合のみ記入してください。											
受託事業所名				受託事業所の所在地				〒 ー			
事業所番号				電話番号		()					
事業所を変更する場合の事由等 ※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） 変更前の事業所名（ ）											
（宛先）岡 崎 市 長 上記の居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に居宅（介護予防）サービス計画作成（介護予防ケアマネジメント）を依頼することを届け出します。 令和 年 月 日 住 所 _____ 被保険者 _____ 電話番号 () _____ 氏 名 _____ ※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。											
介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証を上記事業所等の職員へ交付することに ☐ 同意する ☐ 同意しない											

- （注意）1 この届出書は、要介護（支援）認定の申請時に、もしくは、居宅（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事業者が決まり次第、速やかに岡崎市へ提出してください。
- 2 居宅（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事業所を変更するときは、変更年月日等を記入のうえ、必ず岡崎市に届け出てください。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 居宅（介護予防）サービス計画作成依頼届出の際には、介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を添えて提出してください。
- 4 介護予防ケアマネジメント依頼届出の際には、チェックリストを添えて提出してください。

保険者確認欄 ※この欄は記入不要です。

番号確認	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 住民票の写し ☐ オンライン		
申請者	☐ 本人 ☐ 法定代理人 ☐ 登記事項証明書 ☐ 任意代理人 ☐ 同居家族 ☐ 委任状 ☐ 本人の被保険者証等 ☐ 介護支援専門員証・職員証 ☐ その他（ ）		
身元確認書類	写真有１点 ☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ その他（ ） 写真無２点 ☐ 介護被保険者証 ☐ 医療被保険者証 ☐ その他（ ）		
事業者	☐ 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） ☐ 小規模多機能型居宅介護事業者 ☐ 看護小規模多機能型居宅介護事業者		
受渡方法	☐ 窓口交付 ☐ 自宅（転送先）へ郵送		確 認 者