

記入上の注意事項

作成・介護予防ケアマネジメント

総合事業対象者のときは、介護予防ケアマネジメントの文字を丸で囲みます。

総合事業対象者のときは、被保険者番号を、必ず記入してください。不明の場合は、介護保険課に確認をお願いします。

を依頼(変更)する事業者

事業所の所在地等

事業所番号

事業所名と事業所番号を記入します。

担当ケアマネジャー:

(TEL) ()

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

※居宅介護支援事業所が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場

事業者の事業所名

事業所の所

総合事業対象者のときは、サービス開始日を記入します。添付するチェックリストには、実施日を必ず記入してください。

担当ケアマネジャー:

(TEL) ()

給付管理開始年月日

(変更・終了の場合は変更・契約終了年月日)

年 月 日

事業所を変更・終了する場合の事由等

- 1 住所変更のため
- 2 自己都合により

- 3 認定区分の変更(要介護認定⇔要支援認定)
- 4 介護保健施設等に入所・入居したため
- 5 その他 ()

小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無

なし あり (利用したサービス:)

荒川区長 殿

上記のとおり、ケアプランの作成又は介護予防ケアマネジメント

住所は、住民登録地(住民票のある場所)を記載します。

保険者が荒川区以外の場合は、ここに保険者名と保険者番号を記入します。

年 月 日

住 所

(TEL) ()

被保険者氏名

※注意

- 1 この届出書は、要介護(要支援)認定の申請時に、又はケアプランの作成や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、速やかに荒川区へ提出してください。
- 2 ケアプランの作成を依頼又は介護予防ケアマネジメントする事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず荒川区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 事業者との契約が失効したとき、又は介護保険施設等に入所すること等により、居宅(介護予防)サービス画の作成の依頼を止めた場合は、区分の「終了」に○をし、区に届け出てください。
なお、事業所を変更した場合、又は保険者資格を喪失した場合は、終了の届出は不要です。

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者番号	受理	入力年月日	備考
			年 月 日	