様式第１７号（第１６条関係）

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

□ 居宅　□ 介護予防　□ 介護予防ケアマネジメント	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(介護予防)サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する事業者	
事業者の事業所名	事業所の所在地　〒
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 ※居宅介護支援事業者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合のみ記入してください。	
事業者の事業所名	事業所の所在地　〒
事業所番号	電話番号　（　）
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。
	変更年月日 （　年　月　日付）
(介護予防)小規模多機能型居宅介護・看護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	□ 有 □ 無

敦賀市長　あて

上記の事業者に居宅(介護予防)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ことを届け出ます。

年　月　日

住所

被保険者　　電話番号　（　）

氏名

保険者確認欄	□ 被保険者資格　□ 届出の重複 □ 居宅介護支援・介護予防支援事業者事業所番号 小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号

(注意) 1　この届出書は、要介護認定等の申請時に、若しくは、居宅(介護予防)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敦賀市へ提出してください。

2　居宅(介護予防)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上、必ず敦賀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。