# 居宅サービス計画・介護予防サービス計画作成依

## 介護予防ケアマネジメント依頼（変更

記入例（小多機等）

| 区　分 | ■居宅　□介護予防　□介護予防ケアマネジメント | (新規)　変更 |
|---|---|---|

| 被保険者氏名 | 被保険者番号 |
|---|---|
| フリガナ　ニシオ　タロウ<br>西尾　太郎 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 |
| | 生年月日 |
| | 大・(昭)　１２年　３月　４日 |

居宅サービス計画等の作成を依頼（変更）する事業者

| 事業者の事業所名 | 事業所の所在地　〒445-8790 |
|---|---|
| 小規模多機能型居宅介護西尾市役所 | 西尾市寄住町下田２２番地 |
| 事業所番号　1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 | 電話番号（0563）65 ― 2119 |

| サービス開始（変更）年月日 | 令和　８年　１月　１日 |
|---|---|
| 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ください。 |

介護予防支援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（　　）　　― |

（看護）小規模多機能型居宅介護等又は（看護）介護予防小規模多機能型居宅介護等の利用開始月における居宅サービス等又は介護予防サービス等の利用の有無

□　居宅サービス等又は介護予防サービス等の利用あり
（利用したサービス：　　）
■　居宅サービス等又は介護予防サービス等の利用なし

西尾市長

上記の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）に居宅介護サービス計画等の作成を依頼することを届出します。

令和　８年　１月　１日

住　所　西尾市寄住町下田２２番地

被保険者

氏　名　西尾　太郎

電話番号（0563）65―2123

| 保険者確認欄 | □　被保険者資格　□　届出の重複<br>□　認定（要支援・要介護）　□　事業所番号<br>□　事業対象者（基本チェックリスト） | 入力者 |
|---|---|---|

備考

1　この届出書は、居宅サービス計画等の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに介護保険被保険者証を添えて西尾市に提出してください。

2　居宅サービス計画等の作成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、介護保険被保険者証を添えて必ず西尾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。