

長野市介護保険 居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書

長野市介護予防ケアマネジメント(変更)申込書

区分
新規・変更

被保険者氏名				被保険者番号							
フリガナ											
				生年月日							
				明・大・昭 年 月 日							
個人番号											
居宅(介護予防)サービス計画作成を依頼(変更)又は介護予防ケアマネジメントの申込(変更)をする事業者											
事業者の事業所名				事業所の所在地 〒							
事業所番号				電話番号 ()							
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。							
適用(変更)年月日				年 月 日							
<p>長野市長宛</p> <p>上記の居宅介護(介護予防)支援事業者に居宅(介護予防)サービス計画作成を依頼すること又は介護予防ケアマネジメントの申込について届出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>電話番号 ()</p> <p>被保険者</p> <p>氏名</p> <p>現在の居住地</p>											
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(介護予防)支援事業者事業所番号							

- (注意) 1 この届出書は、要介護・要支援認定の申請時に、又は居宅(介護予防)サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに長野市へ提出してください。
- 2 被保険者証又は資格者証の交付を受けている場合は、届出の際に、被保険者証又は資格者証を提出してください。
- 3 居宅(介護予防)サービス計画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、長野市へ届け出てください。届出のない場合は、サービスに係る費用をいったん全額自己負担していただくことがあります。
- 4 要介護・要支援認定をお持ちの方及び、介護予防ケアマネジメントの変更申込みをする方が介護予防ケアマネジメントの申込(変更)をするとき、上記1～3と同様に提出してください。

※ 裏面もご記入ください

居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書等に関する問い合わせ先

連 絡 人	氏名		被保険者との関係	
	自宅住所			
	電話	自宅・勤務先	TEL	
	備考			
持参人氏名 ※持参人と連絡人が異なる場合のみ記入			被保険者との関係	

長野市処理欄

受 理 日	本 篠 松 穂 川 更 七 信 古	受 付 者	届 出 入 力
	柳 浅 大 朝 槻 長 安 小 芋		
	豊 戸 鬼 岡 芹 牧 三 吉 新 中		事業対象者 ↓ 要支援認定 届出書のみ受領