

第19号様式（第23条、第38条の2関係）

郡山市居宅・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・廃止）届出書

| | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|--|
| 届出区分 | 被保険者氏名 | 被保険者番号 | <input type="checkbox"/> 郡山市 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| <input type="checkbox"/> 新規 | フリガナ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 変更 | 要介護等認定区分 | 生 年 月 日 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 廃止 | <input type="checkbox"/> 要介護1～5 <input type="checkbox"/> 要支援1、2 <input type="checkbox"/> 事業対象者 | 年 月 日 | | | | |
| 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・廃止）する事業者 | | | | | | |
| 事業者の事業所名 | | 事業所の所在地 | | | | |
| | | 〒 | | | | |
| 契約等の発効（失効）年月日 | | ※サービス事業対象者の場合は確認を受けた日 | | | | |
| 年 月 日 | | 電話番号（ ） | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | | | | |
| 事業所を変更・廃止する場合の事由等（※変更・廃止の場合、記入してください。） | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 介護給付（要介護状態）となったため。 <input type="checkbox"/> 予防給付（要支援状態）又は第1号事業費支給（要支援状態又は事業対象者）となったため。 <input type="checkbox"/> 利用者の希望のため。 <input type="checkbox"/> サービスを利用しないため。 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護利用開始月の居宅サービス等の利用有無 | | ※ 月途中から小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護利用の場合、同月中に利用していた居宅サービス（居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。）及び地域密着型サービス（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護（短期利用）、地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用）に限る。）を記入してください。 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 利用あり（利用したサービス： ） <input type="checkbox"/> 利用なし | | | | | | |
| 郡山市長 (いずれかにチェック) <input type="checkbox"/> 上記の居宅介護支援事業所等に、居宅介護サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。 <input type="checkbox"/> 上記の介護予防支援事業所（地域包括支援センター）に、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することを届け出ます。 <input type="checkbox"/> 上記の居宅介護支援事業所等・介護予防支援事業所（地域包括支援センター）との契約を廃止することを届け出ます。 年 月 日 被保険者 住 所 氏 名 電話番号（ ） | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 | | | | |

備考 1 太線枠内を記入してください。
2 この届出書は、居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメント（以下「居宅サービス計画等」という。）の作成を依頼する事業所が決まり次第、郡山市に提出してください。ただし、要介護等新規申請や区分変更申請で要介護度等が確定していない場合は、原則として認定日以降に提出してください。なお、更新の申請の際、居宅サービス計画等の作成を依頼している事業所に変更がない場合は、再度この届出書を提出する必要はありません。
3 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、必ず郡山市に届出してください。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。