

居宅(介護予防)サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成依頼(変更)届出書

区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更	住所地特例適用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
被保険者氏名		被保険者番号	
ワカタ		1 0 0	
		個人番号	
		生年月日	
		明・大・昭 年 月 日生	
<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者又は地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメントの作成を依頼(変更)する地域包括支援センター			
居宅介護支援事業所名		事業所の所在地	
		〒	
※地域包括支援センターは、法人又は事業所印を押印してください。 電話番号			
居宅介護(介護予防)支援事業者事業所番号			
介護予防支援・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所 ※介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターから受託する場合は記入してください。			
受託先居宅介護支援事業所		事業所の所在地	
		〒	
電話番号			
居宅介護支援事業者事業所番号			
サービス適用開始年月日 : 令和 年 月 日付			
【事業所を変更する場合の事由】 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援区分の変更による <input type="checkbox"/> 本人・ご家族の希望による <input type="checkbox"/> 住所地特例の適用による <input type="checkbox"/> その他()			
尼崎市長 あて 上記の居宅介護(介護予防)支援事業者に居宅(介護予防)サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成を依頼することを届け出します。 令和 年 月 日 被保険者 住所 氏名 <div style="text-align: right;">電話番号</div>			

(注意) 1 届出書は、居宅(介護予防)サービス計画及び介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第、速やかに介護保険事業担当課又は最寄りの南北保健福祉センターへ原本を提出してください。

2 事業所を変更する時も、速やかに、介護保険事業担当課又は最寄りの南北保健福祉センターへ提出してください。
届出のないままサービスを利用されますと、サービスに係る費用を、一旦、利用者に全額自己負担していただくことがあります。

3 届出の際には、被保険者氏名、被保険者番号、個人番号、事業所名、事業所公印(地域包括支援センターの場合のみ)、事業所番号、サービス適用開始年月日等の記入もれがないかを点検のうえ介護保険被保険者証を添付して提出してください。

受付者 受付印

送付日
令和 年 月 日

居宅届出書・記載にあたっての注意点

居宅(介護予防)サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成依頼(変更)届出書									
区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更	住所地特例適用の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無				
①	被保険者氏名			被保険者番号					
	フリガナ			1 0 0					
				個人番号					
②				生年月日					
				明・大・昭 年 月 日生					
③	<input type="checkbox"/> ⑦ 居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> ④ 介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者又は地域包括支援センター <input type="checkbox"/> ⑤ 介護予防ケアマネジメントの作成を依頼(変更)する地域包括支援センター			事業所の所在地					
	居宅介護支援事業所名			〒					
	※地域包括支援センターは、法人又は事業所印を押印してください。			電話番号					
④	居宅介護(介護予防)支援事業者事業所番号								
	受託先居宅介護支援事業所			事業所の所在地					
				〒					
⑤	居宅介護支援事業者事業所番号								
	サービス適用開始年月日			令和 年 月 日付					
⑥	【事業所を変更する場合の事由】								
	<input type="checkbox"/> 要介護・要支援区分の変更による <input type="checkbox"/> 住所地特例の適用による			<input type="checkbox"/> 本人・ご家族の希望による <input type="checkbox"/> その他()					
⑦	尼崎市長 あて 上記の居宅介護(介護予防)支援事業者に居宅(介護予防)サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成を依頼することを届け出します。								
	令和 年 月 日								
	被保険者 住所 氏名			電話番号					
(注意) 1 届出書は、居宅(介護予防)サービス計画及び介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第、速やかに介護保険事業担当課又は最寄りの南北保健福祉センターへ原本を提出してください。 2 事業所を変更する時も、速やかに、介護保険事業担当課又は最寄りの南北保健福祉センターへ提出してください。届出のないままサービスを利用されますと、サービスに係る費用を、一旦、利用者にご負担いただくことがあります。 3 届出の際には、被保険者氏名、被保険者番号、個人番号、事業所名、事業所公印(地域包括支援センターの場合のみ)、事業所番号、サービス適用開始年月日等の記入漏れがないかを点検のうえ、介護保険被保険者証を添付して提出してください。									
			受付者			受付印			
			送付日			令和 年 月 日			

- ① ・被保険者証の内容を記載してください。個人番号を記載の場合は、通知カードなどの個人番号が確認できるものの写しの添付が必要です。
- ② ・要介護の場合は⑦にチェック
 ・要支援で総合事業と介護予防サービスの両方を利用している場合は、④にチェック
 ・要支援で総合事業のみ利用している場合は、⑤にチェック
 *⑤は地域包括支援センターしか、計画作成はできません。
- ③ ・居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所の情報を記載してください。 **※地域包括支援センターの場合は、押印が必要です。**
- ④ ・**要支援で、委託先がある場合のみ使用。**委託先事業所の情報を記載してください。
- ⑤ ・サービス適用開始年月日 **(※実際にサービスを開始する日)** を記載してください。 **なお、区分変更中については、認定結果判明後に届出をしてください。**
- ⑥ ・該当するものにチェックを入れてください。
- ⑦ ・住所(住民票の住所)、氏名、電話番号を記載してください。

※郵送での届出の場合、介護保険被保険者証(原本)に加えて、手続きをされる方の身分確認ができるもの(介護支援専門員証など)の写しの添付が必要です。