

居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書について

要介護認定を受けた人が、介護（介護予防）サービスを利用する場合は、居宅介護支援事業者、または、はつらつセンターに、介護（介護予防）サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼する必要があります。

▽対象となる方

- ・要介護認定を受けている人で、介護（介護予防）サービスを利用する方

▽申請の手続き

- ・依頼する事業所が決まりましたら、「居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書」を、市役所1階（高齢者支援課介護保険係）へ提出してください。

▽申請に必要なもの

- ・「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書」・・・要介護1～5の場合
「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」
・・・要支援1、2の場合
- ・介護保険被保険者証（介護保険証）

▽その他（注意いただくこと）

- ・ご本人の同意のもとに、この届出書の記載及び提出を、家族又は居宅介護支援事業者等が代行しても差し支えありません。居宅サービス計画（ケアプラン）作成の依頼がありましたら、速やかに市に届出をしてください。
- ・小規模多機能型居宅介護のサービスを利用する場合は、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を記入してください。
- ・契約年月日は、居宅サービス計画（ケアプラン）作成を依頼した事業所と契約した日付を記入してください。
- ・要介護区分の変更等により事業所を変更する場合は、必ず、給付管理の開始日を変更年月日に記入してください。

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

(太枠のみ記入してください)

区 分
新規・変更

被保険者氏名	被保険者番号										
フリガナ アキルノ タロウ	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">○</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">○</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">○</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">○</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> </tr> </table>	○	○	○	○						
○	○	○	○								
あきる野 太郎	生年月日										
	明・大・昭 ○○年○○月○○日										

居宅サービス計画作成を依頼（変更）する事業者

事業者の事業所名	事業所の所在地
あきる野介護支援事業所	〒
電話番号 ()	

ケアプランの作成を依頼した事業所を記入してください。
(なるべく事業所に記入してもらってください。)

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下さい。

新規の方は、記入する必要はありません。
事業所を変更する方は、必ず、給付管理の開始日を記入してください。

変更年月日
(△△△△年△△月△△日付)

契約年月日
○○○○年○○月○○日

ケアプランの作成を依頼した事業所と契約した日付を記入してください。

あきる野市長 殿

上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画作成を依頼することを届出します。

○○○○年○○月○○日

住所	あきる野市二宮350番地	電話番号042(558)1111
被保険者	氏名 あきる野 太郎	印

ご本人の住所、氏名、電話番号の記入と押印してください。

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"/> 居宅介護支援事業者事業所番号	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> </tr> </table>									

- (注意) 1 この届出書は要介護認定の申請時に提出してください。また、申請時に提出できない場合は、居宅サービス計画作成を依頼する事業者が決まり次第速やかにあきる野市へ提出してください。
- 2 居宅サービス計画作成を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ずあきる野市に届け出してください。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。

決 裁 欄			
参 事	課 長	係 長	係

処 理 欄		備 考
入 力	保険証記入	