

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

		区 分	
		新規・変更	
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
		個人番号	
		生 年 月 日	
		明・大・昭 年 月 日	
事業者の事業所名		事業者の所在地	〒
		電話番号 ()	
居宅介護支援事業所番号		サービス開始(変更)年月日	
		年 月 日	
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。		
変 更 年 月 日			
(年 月 日付)			
一関地区広域行政組合管理者 様 上記の居宅介護支援事業所に居宅サービス計画の作成を依頼することを届出します。			
年 月 日			
住所			
被保険者		電話番号 ()	
氏名			

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が居宅介護支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護支援事業所に必要な範囲で提示することに同意します。

年 月 日 氏名

- 1 この届出書は、要介護・要支援認定の申請時に、若しくは、介護サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに各市町介護保険担当窓口へ提出して下さい。
- 2 居宅サービス計画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、必ず各市町介護保険担当窓口へ届出して下さい。届出のない場合、サービスにかかる費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

保険者確認欄	☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複
	☐ 居宅介護支援事業者事業所番号

記載例

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

		区分 新規・変更	
被保険者氏名 フリガナ イチノセキ タロウ 一関 太郎		被保険者番号 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 個人番号 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 生年月日 昭和 1 年 2 月 3 日	
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター 介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名 一関地域包括支援センター		介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地 〒 021-8501 一関市竹山町7番2号 電話番号 0888-88-8888	
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8		サービス開始（変更）年月日 令和△ 年 △ 月 △ 日	
介護予防支援事業所又は地域包括支援センターを変更する場合の理由等 ※変更する場合のみ記入してください。		介護予防サービスを開始した日 （契約を締結した日以降の日）	
介護予防支援又は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者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入して下さい。 居宅介護支援事業所名 一関居宅介護支援事業所		居宅介護支援事業所の所在地 〒 021-8501 一関市竹山町7番2号 電話番号 0888-88-8888	
居宅介護支援事業所番号 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8		サービス開始（変更）年月日 年 月 日	
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 ※変更する場合のみ記入してください。			
一関地区広域行政組合管理者 様 上の介護予防支援事業者（地 メントを依頼することを届出し 令和○ 年 ○ 月 ○ 日 〒 021-8501 住所 一関市竹山町7番2号 被保険者 氏名 一関 太郎		計画の作成又は介護予防ケアマネジ 電話番号 0888-88-8888	
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が介護予防支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。 令和○ 年 ○ 月 ○ 日 氏名 一関 太郎			
1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は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各市町介護保険担当窓口へ提出してください。			
2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所（介護予防ケアマネジメントについては地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは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を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず各市町介護保険担当窓口へ届け出てください。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。			
3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。			
保険者確認欄		☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防支援事業者事業所番号	