

居宅サービス計画作成
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		被保険者番号											
		個人番号											
		生年月日	明・大・昭					年	月	日			
計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する事業者													
事業者の事業所名及び事業者番号				事業所の所在地 〒									
				電話番号 ()									
計画作成開始日			令和	年	月	日	チェックリスト実施日			令和	年	月	日
計画作成区分	※該当する区分に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 [前回届出] (新規の場合は記入不要です。) [今回届出] <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 自己作成 <input type="checkbox"/> 自己作成 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所 (地域包括支援センター) (地域包括支援センター)												
変更理由	※変更の場合のみ記入してください。												
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	※月途中で小規模多機能型居宅介護を利用した場合のみ記入してください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり 利用したサービス { } <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし												
大阪市長 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。 (介護予防支援事業者) (地域包括支援センター) (介護予防サービス計画作成) (介護予防ケアマネジメント) 令和 年 月 日 被保険者 住所 氏名 電話番号 ()													

- (注意) 1 この届出書は、要介護(要支援)認定の申請時または、居宅・介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者が決まり次第速やかにお住まいの区の保健福祉センター(介護保険業務担当)へ提出してください。
- 2 居宅・介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者を変更するときには、計画作成開始日又はチェックリスト実施日を記入のうえ、必ずお住まいの区の保健福祉センター(介護保険業務担当)に届け出てください。届出のない場合は、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
- 3 事業者等が提出する場合は、委任状が必要です。(介護予防ケアマネジメント除く)
- 4 計画作成区分は、小規模多機能型居宅介護事業所を利用している場合は居宅介護支援事業所に介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を利用している場合は介護予防支援事業所にをつけてください。
- 5 小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス(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(夜間訪問介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護(短期利用型)に限る。)の利用の有無を記入してください。

市 記入欄

提出者		委任状	提出者の確認			入力日
<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族・親族	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	
<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 事業所	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証	<input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 成年後見人	<input type="checkbox"/> その他 ()	提出方法	<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 郵送		
課長	課長代理	係長	係員			備考
決裁欄						