

様式第21号

個人番号		<input type="checkbox"/> 居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書									
被保険者氏名			被保険者番号						区分		
フリガナ									<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更		
			生年月日						性別		
			明・大・昭			年 月 日			男・女		
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)する事業者											
事業所名 ※要支援認定者及び事業対象者の場合は地域包括支援センター名		〒				介護保険事業所番号					
事業所の所在地		()				<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)の場合はどちらかに印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者(73) <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護事業者(75)					
電話番号		()									
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ください。											
小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無 ※利用開始月と同一月の他の居宅サービス等の利用について記入してください。			<input type="checkbox"/> 1利用なし <input type="checkbox"/> 2利用あり(利用したサービス:)								
(あて先)前橋市長 上記のとおり、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することについて届け出ます。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 電話番号 ()											
提出代行者 氏名			電話番号 ()								
被保険者との関係			<input type="checkbox"/> 上記事業者 <input type="checkbox"/> その他()								
届出方法		<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> その他()									
対応日		年 月 日 処理者()、 <input type="checkbox"/> 保険証交付()									
被保険者資格		<input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 未回収(再交付、認定申請同時または資格者証)									
認定等		<input type="checkbox"/> 認定申請中(新規・区変) <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 事業対象者(基本チェックリスト・基本チェックリスト実施申込書)									
その他		()									

<注意>

- この届出書は、要介護認定の申請時又は居宅サービス計画・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事業者が決まり次第、速やかに前橋市へ被保険者証及び基本チェックリスト(事業対象者のみ)を添えて、提出してください。
- 居宅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者を変更するときは、「事業所を変更する場合の事由等」の欄に記入のうえ、前橋市に届け出てください。
- 届出のない場合、サービスに係る費用をいったん全額自己負担していただくことがあります。要介護(支援)認定(更新・変更・転入)申請中のサービス利用についても、利用する日の同月中に必ず届け出てください。

届出書の記入方法

届出書名

表題の届出書名のいずれかに を付してください。

区 分

初めて届け出る場合は、「新規」に を付し、すでに届け出ている指定居宅介護支援事業者等を変更する場合は、「変更」に を付してください。

被保険者氏名・被保険者番号・生年月日・性別等

利用者ご本人の氏名等をもれなく記入してください。

居宅(介護予防)サービス計画の作成及び介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する事業者

<要介護認定を受けている方の場合>

指定居宅介護支援事業者一覧表などから、事業所へ直接連絡し、事業所名、所在地、電話番号、介護保険事業所番号等の必要事項を記入し、前橋市へ提出してください。

<要支援認定を受けている方、または基本チェックリストにより事業対象となった方の場合>

- ①介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターに依頼したい場合
地域包括支援センターへ直接連絡し、必要事項を記入し、前橋市へ提出してください。
- ②介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントを居宅介護支援事業者に依頼したい場合
(前橋市地域包括支援センターからの委託)
計画作成を依頼したい居宅介護支援事業者へ直接連絡してください。

↓

この「届出書」と「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント依頼申出書」に必要事項を記入し、居宅介護支援事業者へ提出してください。

↓

居宅介護支援事業者が「申出書」とこの「届出書」を地域包括支援センターに提出してください。

↓

地域包括支援センターがこの「届出書」を前橋市へ提出してください。

※小規模多機能型居宅介護(介護予防も含む)を利用する場合

- ・小規模多機能型居宅介護事業者(介護予防も含む)へ直接連絡し、必要事項を確認し記入の上、前橋市へ提出してください。
- ・小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)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。

(注) 居宅サービス等：居宅(介護予防)サービスのうち、居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除いたサービス。

地域密着型サービス(介護予防を含む)のうち、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、短期利用型の認知症対応型共同生活介護。

事業所を変更する場合の事由等

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を依頼する事業者を変更する場合のみ記入してください。

被保険者住所・氏名・電話番号

もれなく記入してください。被保険者本人以外が提出を代行する場合、提出代行者の欄ももれなく記入してください。

個人番号 123456789012		■居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書 □介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書							
被保険者氏名 フリガナ マエバシ タロウ 前橋 太郎		被保険者番号 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7							区分 <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更
		生年月日 昭和 20年 3月 3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)する事業者									
事業所名 ※要支援認定者及び事業対象者の場合は地域包括支援センター名 事業所の所在地 電話番号	居宅介護支援事業所 前橋 〒371-0024 前橋市表町5丁目1-1 027(898)6157					介護保険事業所番号 1 0 7 0 1 0 0 0 1 4			
※小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)の場合はどちらかに印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者(73) <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護事業者(75)									
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ください。									
小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無 ※利用開始月と同一月の他の居宅サービス等の利用について記入してください。				<input type="checkbox"/> 1利用なし <input type="checkbox"/> 2利用あり(利用したサービス:)					
(あて先)前橋市長 上記のとおり、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することについて届け出ます。 〇〇年△△月××日 住所 前橋市大手町二丁目12番1号 被保険者 氏名 前橋 太郎 電話番号 027(224)1111 提出代行者 氏名 赤城 花子 電話番号 027(123)4567 被保険者との関係 <input checked="" type="checkbox"/> 上記事業者 <input type="checkbox"/> その他()									
保険者確認欄	届出方法 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> その他() 対応日 年 月 日 処理者()、 <input type="checkbox"/> 保険証交付()								
	被保険者資格 <input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 未回収(再交付、認定申請同時または資格者証) 認定等 <input type="checkbox"/> 認定申請中(新規・区変) <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 事業対象者(基本チェックリスト・基本チェックリスト実施申込書) その他 ()								

〈注意〉

- この届出書は、要介護認定の申請時又は居宅サービス計画・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事業者が決まり次第、速やかに前橋市へ被保険者証及び基本チェックリスト(事業者のみ)を添えて、提出してください。
- 居宅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者を変更するときは、「事業所を変更する場合の事由等」の欄に記入のうえ、前橋市に届け出てください。
- 届出のない場合、サービスに係る費用をいったん全額自己負担していただくことがあります。要介護(支援)認定(更新・変更・転入)申請中のサービス利用についても、利用する日の同月中に必ず届け出てください。

届出書の記入方法

届出書名

表題の届出書名のいずれかに を付してください。

区 分

初めて届け出る場合は、「新規」に を付し、すでに届け出ている指定居宅介護支援事業者等を変更する場合は、「変更」に を付してください。

被保険者氏名・被保険者番号・生年月日・性別等

利用者ご本人の氏名等をもれなく記入してください。

居宅(介護予防)サービス計画の作成及び介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する事業者

<要介護認定を受けている方の場合>

指定居宅介護支援事業者一覧表などから、事業所へ直接連絡し、事業所名、所在地、電話番号、介護保険事業所番号等の必要事項を記入し、前橋市へ提出してください。

<要支援認定を受けている方、または基本チェックリストにより事業対象となった方の場合>

- ①介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターに依頼したい場合
地域包括支援センターへ直接連絡し、必要事項を記入し、前橋市へ提出してください。
- ②介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントを居宅介護支援事業者に依頼したい場合
(前橋市地域包括支援センターからの委託)
計画作成を依頼したい居宅介護支援事業者へ直接連絡してください。

↓

この「届出書」と「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント依頼申出書」に必要事項を記入し、居宅介護支援事業者へ提出してください。

↓

居宅介護支援事業者が「申出書」とこの「届出書」を地域包括支援センターに提出してください。

↓

地域包括支援センターがこの「届出書」を前橋市へ提出してください。

※小規模多機能型居宅介護(介護予防も含む)を利用する場合

- ・小規模多機能型居宅介護事業者(介護予防も含む)へ直接連絡し、必要事項を確認し記入の上、前橋市へ提出してください。
- ・小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)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。

(注) 居宅サービス等：居宅(介護予防)サービスのうち、居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除いたサービス。

地域密着型サービス(介護予防を含む)のうち、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、短期利用型の認知症対応型共同生活介護。

事業所を変更する場合の事由等

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を依頼する事業者を変更する場合のみ記入してください。

被保険者住所・氏名・電話番号

もれなく記入してください。被保険者本人以外が提出を代行する場合、提出代行者の欄ももれなく記入してください。