第１９号様式（第１７条関係）

※　該当する　　　　　に**レ**印を記入してください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **□　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** | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性　　別 | | | | | | | |
| 明・大・昭  年　　月　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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）する事業所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |  | | | 所　在　地 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **名　　称** | | | | | | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | |
| **サービス(給付管理)開始年月（令和　　年　　月）**  **（介護予防ケアマネジメント依頼書作成年月）** | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更届の事由等    **変更年月日（令和　　年　　月　　日）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世田谷区長　あて  上記の　　□　居宅介護支援事業所  □　介護予防支援事業所（あんしんすこやかセンター）  に居宅サービス計画・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  を依頼することを届出します。  令和　　年　　月　　日  住　所  被保険者　　　　　　　　　　　　 　　電話番号　　　（　 　　）  氏　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | □　被保険者資格　　□　届出の重複　　□　事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注意）　１　この届出書は、居宅（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が決まり次第速やかに世田谷区へ提出してください。

２　居宅（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を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず世田谷区に届出してください。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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**２０１９０５**

**【**区記入欄】（該当に○）――――――――――――――――――――――――――――――――

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人 | 番号 | １点 | ２点 | ３点 | 代理権 |
| 代理人 | 番カ | 番カ | 証（介・健保・高齢・負担）  更新通知・社員証  年金手帳・(　　　　　　) | ｷｬｯｼｭ・ｸﾚｶ・通帳 ｼﾙﾊﾞﾊﾟｽ・診察券 図書カ(　　　　) | 戸籍・委任状  証・更新通知  (　　　　　) |
| 確認者 | 通カ | 免許 |
|  | 住記 | ｹｱﾏﾈ証 |

第１９号様式（第１７条関係）

提出にあたっての注意点

※　該当する　　　　　に**レ**印を記入してください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **□　居宅サービス計画作成**  **□　介護予防サービス計画作成**  **新規・変更の区分について**  **「変更」**  「介護保険証」等の支援事業所欄に以前の事業所の記載があるとき  （居宅事業所⇔小規模多機能型居宅事業所）に変わったとき  **「新規」**  「介護保険証」の支援事業所欄に以前の事業所の記載がないとき  （要支援⇔要介護）（要支援⇔総合事業）（要介護⇔総合事業）に  変わったとき  **□　介護予防ケアマネジメント** | | | | | | | | | | | | | | | **依頼(変更)届** | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性　　別 | | | | | | | |
| 明・大・昭  年　　月　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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）する事業所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | **新規の場合はこちらに開始年月を記入。**  **変更の場合は記入不要。** | |  | | |  | | | 所　在　地 | | | | | | | **どちらか一方を記入。** | | | | | | | | | | | | |
| **名　　称** | | | | | | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | |
| **サービス(給付管理)開始年月（令和　　年　　月）**  **（介護予防ケアマネジメント依頼書作成年月）** | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更届の事由等    **変更年月日（令和　　年　　月　　日）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世田谷区長　あて  上記の　　□　居宅介護支援事業所  ・変更の場合はこちらに、変更事由等と変更年月日を記入。新規の場合は記入不要です。  ※変更事由等には変更した「理由」を記入してください「居宅介護支援事業所を変更したため」では理由になってないので受付が出来ません。  ・月途中で事業所の変更をした場合、月末の居宅介護支援事業所が給付管理票を作成・提出し介護報酬請求をすることになります（小規模多機能・看護多機能を除く）。月途中変更の場合は、前事業所と調整をしっかりと行うようにしてください。  ・小規模多機能・看護多機能型サービスの利用が同一月にある場合は、その前後に係わらず、居宅介護支援事業所が給付管理票の作成・提出・介護報酬請求を行います。  □　介護予防支援事業所（あんしんすこやかセンター）  に居宅サービス計画・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  を依頼することを届出します。  令和　　年　　月　　日  住　所  被保険者　　　　　　　　　　　　 　　電話番号　　　（　 　　）  氏　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | □　被保険者資格　　□　届出の重複　　□　事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注意）　１　この届出書は、居宅（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が決まり次第速やかに世田谷区へ提出してください。

**住所地特例施設に入所中の要支援者・事業対象者の場合は、施設所在地の地域包括支援センターから**

**施設所在地の区市町村役場を通して被保険者の担当地域の総合支所保健福祉課までお送りください。**

２　居宅（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を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず世田谷区に届出してください。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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**２０１９０５**

**【**区記入欄】（該当に○）――――――――――――――――――――――――――――――――

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人 | 番号 | １点 | ２点 | ３点 | 代理権 |
| 代理人 | 番カ | 番カ | 証（介・健保・高齢・負担）  更新通知・社員証  年金手帳・(　　　　　　) | ｷｬｯｼｭ・ｸﾚｶ・通帳 ｼﾙﾊﾞﾊﾟｽ・診察券 図書カ(　　　　) | 戸籍・委任状  証・更新通知  (　　　　　) |
| 確認者 | 通カ | 免許 |
|  | 住記 | ｹｱﾏﾈ証 |