

※ 該当する口にレ印を記入してください

居宅サービス計画
 介護予防サービス計画作成 依頼(変更)届
 介護予防ケアマネジメント

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	日生

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

事業所名	事業所の所在地	〒
事業所番号	電話番号	()

[サービス(給付管理)開始又は変更年月日] 令和 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ください。

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（地域包括支援センター）
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
氏名
電話番号 ()

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。 2022.02

【区記入欄】（該当に○）

本人	番号	1点	2点	3点	代理権
代理人	番力	番力	証（介・健保・高齢・負担） 更新通知・社員証	キャッシュ・クカ・通帳 シルバーパス・診察券	戸籍・委任状 証・更新通知
確認者	通力	免許			
	住記	ケア証			()

地域包括受付
(介護予防ケアマネジメント届のみ)

保健福祉課受付

介護保険課受付

※ 該当する口にレ印を記入してください

- 居宅サービス計画
- 介護予防サービス計画作成 依頼(変更)届
- 介護予防ケアマネジメント

区分
新規・変更

新規・変更の区分について、どちらかに○をしてください。

- 「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
- 「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

被
フリガナ

居宅（

月 日生

する事業所

事業所名	事業所の所在地 〒
------	-----------

要支援者や事業対象者で、地域包括支援センターが居宅介護支援事業所に委託している場合でも、事業所は地域包括支援センターのみ記入してください。

給付管理をする開始日（契約書の契約開始日）を記入（新規開始も日にちまで記入してください）。

令和 年 月 日

変更する場合のみ記入してください。

世田谷区長 あて
上記の □ 居宅介護
に居宅サービス計画・介
令和 年 月
住
被保険者

区分が変更の場合は、必ず変更理由を記入してください。
※事業所を変更する場合の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できません。

電話番号 ()

- ・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）。途中で変更の場合は、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。
- ・暫定プランでも居宅届の提出は可能です。
- ・住所は、最新の被保険者証に記載されている住所地を記入してください（住所地特例の場合は、住民票の住所）。

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。

※ 該当する口にレ印を記入してください

- 居宅サービス計画
 - 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 セタガヤ ハナコ	0 0 0 * * * * *
世田谷 花子	個人番号
	生年月日
	明・大・ 昭 5年 1月 1日 生

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

事業所名	事業所の所在地
〇〇居宅介護支援事業所	〒〇〇〇-〇〇〇〇
世田谷区世田谷〇-〇〇-〇	
事業所番号 1 3 7 1 2 * * * * *	電話番号 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

[サービス(給付管理)開始又は変更年月日] **令和 4年 2月 15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ください。**

ケアマネジャーが退職により交代したため。事業所変更を(自身や家族が)希望したため。等

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（地域包括支援センター）
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 4年 2月 15日

住所 **世田谷区世田谷〇-〇〇-〇〇**

被保険者

電話番号 **03(〇〇〇〇)〇〇〇〇**

氏名 **世田谷 花子**

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。
- 2022. 01**

【区記入欄】（該当に○）

本人	番号	1点	2点	3点	代理権
代理人	番力	番力	証（介・健保・高齢・負担）	キャッシュ・クカ・通帳	戸籍・委任状
確認者	通力	免許	更新通知・社員証	シルバーパス・診察券	証・更新通知
	住記	ケア証	年金手帳・（ ）	図書力・（ ）	（ ）

地域包括受付

(介護予防ケアマネジメント届のみ)

保健福祉課受付

介護保険課受付