

※ 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 ()

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 年金手帳・()	キャッシュ・クレカ・通帳 シルバパス・診察券 図書力・()	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
 - 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
〇〇居宅介護支援事業所	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 7年 4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 7年 4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
