

【記入例】

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

どちらかに○をしてください。

区 分
新規・変更

被 保 険 者 氏 名				被 保 険 者 番 号									
フリガナ カメオカ タロウ				0 0 0 0 × × × × × ×									
亀岡 太郎				個 人 番 号									
				生 年 月 日									
				昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日									
居宅サービス計画作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者													
居宅介護支援事業所名				居宅介護支援事業所の所在地				〒621-0000					
事業所名				事業所住所				電話番号 0771-00-0000					
居宅介護支援事業所番号				サービス開始（変更）年月日									
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0				令和〇〇年 〇〇月 〇〇日									
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等				※変更する場合のみ記入してください。									
				介護サービスの利用が開始となった日を記入ください。									
（宛先）亀岡市長 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け出ます。 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 住 所 京都府亀岡市・・・ 被保険者 氏 名 亀岡 太郎 電話番号 0771-00-0000													
保険者確認欄				☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複									

契約日又はサービス利用開始日を記入ください。
※提出日ではありません。

- （注意） 1 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作成を依頼する居宅介護支援事業所が決まり次第速やかに亀岡市へ提出してください。
- 2 居宅サービス計画作成を依頼する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず亀岡市へ届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
- 3 この様式のほか、国が示す様式等で提出することもできます。

【記入例】

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

どちらかに○をしてください。

区 分

新規・変更

被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号									
フリガナ カメオカ タロウ					0 0 0 0 × × × × × ×									
亀岡 太郎					個 人 番 号									
					生 年 月 日									
					昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日									
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター														
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名					介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地					〒621-0000				
事業所名					事業所住所									
					電話番号 0771-00-0000									
介護予防支援事業所番号					サービス開始（変更）年月日									
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0					令和〇〇年 〇〇月 〇〇日									
介護予防支援事業所又は地域包括支援センターを変更する場合の理由等														
※変更する場合のみ記入してください。 ・・・区分欄が変更の時のみ理由を記載・・・														
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。														
居宅介護支援事業所名					居宅介護支援事業所の所在地					〒				
※委託する場合に記入					※委託する場合に記入					電話番号				
居宅介護支援事業所番号					サービス開始（変更）年月日									
					年 月 日									
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等														
※変更する場合のみ記入してください。														
(あて先) 亀 岡 市 長 上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に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け出します。 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 住 所 京都府亀岡市・・・ 被保険者 氏 名 〇〇 〇〇 電話番号 0771-00-0000														
保険者確認欄		☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複												

介護サービスの利用が開始となった日を記入ください。

契約日又はサービス利用開始日を記入ください。
※提出日ではありません。

- (注意) 1 この届出書は、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等が
決まり次第速やかに亀岡市へ提出してください。
- 2 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介護予防支援事業所
（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護
支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず亀岡市へ届け出てください。
届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。
- 4 この様式のほか、国が示す様式等で提出することもできます。

【記入例】

小規模多機能型

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

どちらかに○をしてください。

区 分

新規・変更

被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号									
フリガナ カメオカ タロウ					0 0 0 0 × × × × × ×									
亀岡 太郎					個 人 番 号									
					生 年 月 日									
昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日														
居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する小規模多機能型居宅介護支援事業者														
事業所名					事業所の所在地					〒621-0000				
事業所名					事業所住所									
					電話番号 0771-00-0000									
事業所番号					サービス開始（変更）年月日									
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0					令和〇〇年 〇〇月 〇〇日									
事業所を変更する場合の理由等					変更する場合のみ記入してください。									
・・・区分欄が変更の時のみ理由を記載・・・														
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					※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所者生活介護を除く。）及び地域密着型サービス（夜間対応型訪問介護、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。									
☐ 居宅サービス等の利用あり （利用したサービス： ☐ 居宅サービス等の利用なし					どちらかに☑マークを記入ください。 ※ありの場合は利用サービスを記入ください。									
（あて先） 亀 岡 市 長 上記の小規模多機能型居宅介護事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 住 所 京都府亀岡市・・・・・・														
被保険者					電話番号 0771-00-0000									
氏 名 〇〇 〇〇														
保険者確認欄					☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複									

介護サービスの利用が開始となった日を記入ください。

 契約日又はサービス利用開始日を記入ください。
 ※提出日ではありません。

- （注意） 1 この届出書は、要介護認定の申請時、又は、居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに亀岡市へ提出してください。
- 2 居宅サービス計画の作成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、必ず亀岡市へ届け出てください。届け出のない場合、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。
- 3 この様式のほか、国が示す様式等で提出することもできます。

【記入例】

介護予防小規模多機能型

介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

		区 分									
		新規・変更									
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号									
フリガナ カメオカ タロウ		0 0 0 0 × × × × × ×									
亀岡 太郎		個 人 番 号									
		生 年 月 日									
		昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日									
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防小規模多機能型居宅介護事業者											
事業所名		事業所の所在地		〒621-0000							
事業所名		事業所住所									
		電話番号		0771-00-0000							
事業所番号		サービス開始（変更）年月日									
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		令和〇〇年 〇〇月 〇〇日									
事業所を変更する場合の理由等		変更する場合のみ記入してください。									
・・・区分欄が変更の時のみ理由を記載・・・		介護サービスの利用が開始となった日を記入ください。									
介護予防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		※介護予防小規模多機能型居宅介護（介護予防居宅療養管理指導及び介護予防特定施設入居者生活介護を除く。）及び地域密着型介護予防サービス（介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防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。									
□介護予防サービス等の利用あり （利用したサービス： □介護予防サービス等の利用なし		どちらかに☑マークを記入ください。 ※ありの場合は利用サービスを記入ください。									
(あて先) 亀岡市長 上記の介護予防小規模多機能型居宅介護事業者 へ出します。		契約日又はサービス利用開始日を記入ください。 ※提出日ではありません。									
令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 住 所 京都府亀岡市・・・											
被保険者 氏 名 〇〇 〇〇		電話番号 0771-00-0000									
保険者確認欄		□ 被保険者資格 □ 届出の重複									

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時、又は、介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに亀岡市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成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、必ず亀岡市へ届け出てください。届け出のない場合、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。
- 3 この様式のほか、国が示す様式等で提出することもできます。