

介護保険居宅介護サービス計画・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

区	分
新規・変更	

被 保 険 者 氏 名	被 保 険 者 番 号
フリガナ	
	生 年 月 日
	年 月 日

居宅介護サービス計画等の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する事業者

事業者の事業所名	事業所の所在地 〒
	電話番号（ ） —

居宅介護サービス計画等の作成又は介護予防ケアマネジメントの依頼（変更）年月日	年 月 日付
--	--------

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。

(介護予防) 小規模多機能型居宅介護又は看護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又は看護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。)、介護予防サービス(介護予防居宅療養管理指導及び介護予防特定施設入所者生活介護を除く。)、地域密着型サービス(定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、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。)、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。)、及び第1号事業(介護予防訪問(通所)サービス及び生活支援訪問(通所)サービスに限る。)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

安城市長

上記の居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者に居宅介護サービス計画等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。

年 月 日

住 所

被保険者

氏 名

印 (自署の場合は、押印は不要です。)

電話番号 ( ) —

保 険 者 確 認 欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複	受 付 者	入 力 者	保 険 証
	<input type="checkbox"/> 認定(要支援・要介護)	<input type="checkbox"/> 事業者番号			打 出 済
	<input type="checkbox"/> 事業対象者(要チェックリスト)				・ 申 請 中

備考 1 この届出書は、居宅介護サービス計画等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介護保険被保険者証を添えて安城市役所高齢福祉課へ提出してください。

2 居宅介護サービス計画等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上、介護保険被保険者証を添えて必ず安城市役所高齢福祉課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。