要介護

届出に当たっての留意事項

介護保険居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）
・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

区　分		
介護	介護予防	総合事業

ﾌﾘｶﾞﾅ	カイゴ　　ハナコ	被保険者番号 ○○○○○○○○○○
被保険者氏名	介護　花子	個人番号
		生年月日 昭和○○年○○月○○日
		ントを依頼（変更）する事業者
○○○居宅介護支援事業所		熊谷市曙町○丁目○番地
		事業所番号 ○○○○○○○○○○
適　用　開　始（変　更）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　場合のみ記入してください。
○○○○○のため。		

・個人番号が不明の場合等の事情で記入ができないときは、空欄のままで届出していただけます。
・事業所の職員が代行して届出する場合等、被保険者本人以外の方がこの届出書を提出するときは、空欄にしてください。

居宅介護支援事業所に確認のうえ、記入してください。

・適用開始日は、計画作成の開始日（契約の開始日等）を記入してください。
・事業所を変更する場合は、変更日を記入してください。
・介護保険被保険者証には、この日付が記載されます。

事業所を変更する場合に記入してください。

組合管理者　宛

上記の居宅介護（介護予防）支援事業者に居宅（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ことを届出します。

令和　○　年　○　月　○　日

この届出書を提出する日を記入してください。

住所　熊谷市○○　○丁目○番地○

申請者　　電話番号　０４８（○○○）○○○○

氏名　介護　花子

・被保険者の氏名を記入してください。
・被保険者本人が自署できない場合に、御家族等による代筆での作成は可です。代筆した御家族等の氏名及び被保険者との関係をこの欄の余白に記入してください。

受付者確認欄	□被保険者資格	□

居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者が居宅介護支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医　援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

同意した日を記入してください。

令和　○　年　○　月　○　日　　氏名　介護　花子

※この届出書と一緒に提出していただく物
・介護保険被保険者証又は介護保険資格者証（介護保険暫定被保険者証）
・基本チェックリストの対象者は、介護保険被保険者証の他に基本チェックリスト（写しでも可）

※受付場所　・大里広域市町村圏組合介護保険課
・熊谷市、深谷市又は大里郡寄居町の各介護保険事務所（市役所、町役場、熊谷市の各行政センター及び深谷市の各総合支所の介護保険担当部署で取り扱っております。）

※記入した事項を修正する場合において、修正液、修正テープ等の使用は、お控えください。
※被保険者本人以外の方が代理人として届出する場合は、被保険者本人からの委任状を御持参ください。
※この届出書は、居宅介護（介護予防）支援事業所から、居宅サービス等の利用に関して必要となる居宅（介護予防）サービス計画の作成その他の居宅介護（介護予防）支援サービスを受けるときに、提出していただくものです。

要支援・総合事業

要支援又は基本チェックリスト対象の方は、”介護予防”又は”総合事業”のいずれかの区分を○で囲ってください。

介護保険居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）
・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

区　分
介護　（介護予防）　総合事業

ﾌﾘｶﾞﾅ	カイゴ　　ハナコ	被保険者番号 ○○○○○○○○○○
被保険者氏名	介護　花子	個人番号
		生年月日 昭和○○年○○月○○日
		ントを依頼（変更）する事業者

・個人番号が不明の場合等の事情で記入ができないときは、空欄のままで届出していただけます。
・事業所の職員が代行して届出する場合等、被保険者本人以外の方がこの届出書を提出するときは、空欄にしてください。

○○○地域包括支援センター	熊谷市曙町○丁目○番地
	事業所番号 ○○○○○○○○○○
適用開始（変更）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　場合のみ記入してください。
○○○○○のため。	

地域包括支援センターに確認のうえ、記入してください。

・適用開始日は、計画作成の開始日（契約の開始日等）を記入してください。
・事業所を変更する場合は、変更日を記入してください。
・介護保険被保険者証には、この日付が記載されます。

事業所を変更する場合に記入してください。

組合管理者　宛

上記の居宅介護（介護予防）支援事業者に居宅（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ことを届出します。

令和　○　年　○　月　○　日

この届出書を提出する日を記入してください。

住所　熊谷市○○　○丁目○番地○

申請者　　電話番号　０４８（○○○）○○○○

氏名　介護　花子

・被保険者の氏名を記入してください。
・被保険者本人が自署できない場合に、御家族等による代筆での作成は可です。代筆した御家族等の氏名及び被保険者との関係をこの欄の余白に記入してください。

受付者確認欄	□被保険者資格　□

居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者が居宅介護支援の提供にあたって、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医　援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

同意した日を記入してください。

令和　○　年　○　月　○　日　　氏名　介護　花子

※この届出書と一緒に提出していただく物
- **介護保険被保険者証又は介護保険資格者証（介護保険暫定被保険者証）**
- **基本チェックリストの対象者は、介護保険被保険者証の他に基本チェックリスト（写しでも可）**

※受付場所
- **大里広域市町村圏組合介護保険課**
- **熊谷市、深谷市又は大里郡寄居町の各介護保険事務所（市役所、町役場、熊谷市の各行政センター及び深谷市の各総合支所の介護保険担当部署で取り扱っております。）**

※記入した事項を修正する場合において、修正液、修正テープ等の使用は、お控えください。
※被保険者本人以外の方が代理人として届出する場合は、被保険者本人からの委任状を御持参ください。
※この届出書は、居宅介護（介護予防）支援事業所から、居宅サービス等の利用に関して必要となる居宅（介護予防）サービス計画の作成その他の居宅介護（介護予防）支援サービスを受けるときに、提出していただくものです。