

機械読取可能例

居宅（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

		申請年月日	令和 3年 12月 15日
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ	モヤマ ハコ	0 0 0 9 8 7 6 5 4 3	
桃山		個人番号	
		明治・大正 昭和・西暦	3年 3月 3日
居宅（介護予防）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等 又は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			
事業所番号	2 7 0 1 6 0 0 1 7 9	事業所の所在地	〒 564-0042
事業所名	南吹田地域包括支援センター	吹田市穂波町21-23-103	
		電話番号 06-6155-5114	
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下さい。		
吹田市長 宛			
上記の事業者に以下の作成を依頼することを届け出ます。			
1. 居宅サービス計画 2. 介護予防サービス計画 3. 介護予防ケアマネジメント 4. 小規模多機能型居宅サービス計画		対象番号	2
届出年月日		令和 3年 12月 1日付	
【3の場合】基本チェックリスト実施日		令和 年 月 日	
【4の場合】 小規模多機能型居宅介護（介護予防）の利用開始 月における居宅（予防）サービス等の利用の有無 （1：有 2：無）		高齢福祉室が指定した「令和 年 月 日」 の空白枠内に日付をご記入いただいた場合、機 械読取可能です。	
住所 吹田市泉町1丁目2番3号			
被保険者			
氏名 桃山 花子		電話番号 06-1357-9753	

(注意)

- この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス（介護予防）計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに、吹田市高齢福祉室 介護保険グループへ提出してください（郵送可）。
- 居宅サービス（介護予防）計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、届出年月日を記入のうえ、必ず吹田市高齢福祉室 介護保険グループに届け出てください。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。

処 理	受付	電算入力

帳票ID	K06
入力日	令和 年 月 日