

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	年	月	日
被保険者氏名		被保険者番号				
フリガナ		0 0 0				
		個人番号				
		生年月日				
		明治・大正 昭和・西暦	年 月 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		事業所の所在地	〒			
事業所名						
		電話番号				
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				
届出年月日		令和	年	月	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）		有無番号				
住所						
被保険者						
氏名						
電話番号						

(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 I D	K06				
入力日	令和	年	月	日	