

(見本) 居宅サービス計画

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 11月 25日
被保険者氏名	被保険者番号	
カガナ スイ タウ	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	
吹田 太郎	個人番号	
	生年月日	
	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 9 9 9 9 9 9 9 9	事業所の所在地 〒 564-0041
事業所名	吹田ケア居宅介護支援事業所	吹田市泉町3丁目2番1号 電話番号 06-4433-2211
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。	
本人希望のため		
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	1
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）	有無番号	
住所 吹田市片山町2丁目3番4号		
被保険者		
氏名 吹田 太郎		電話番号 06-9876-5432

(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

(見本) 介護予防サービス計画

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	
カガナ モヤマ ハコ	0 0 0 9 8 7 6 5 4 3	
桃山 花子	個人番号	
	生年月日	
	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）	有無番号	
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

(見本) 介護予防ケアマネジメント

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 20日
被保険者氏名	被保険者番号	
カガナ エカ ジロウ	0 0 0 0 0 1 3 5 7 9	
江坂 次郎	個人番号	
	生年月日	
	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 3
届出年月日		令和 3年 12月 19日付
【3の場合】基本チェックリスト実施日		令和 3年 12月 19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 吹田市泉町2丁目3番4号		
被保険者 氏名 江坂 次郎 電話番号 06-9753-3579		

(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

(見本) 小規模多機能型

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	フリシロ ハジメ	0 0 0 0 0 9 7 5 3 1	
藤白 花江		個人番号	
		生年月日	
		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 9 8 7 6 5 4 3 2	事業所の所在地	〒 565-0873
事業所名	小規模多機能型居宅介護 吹田の郷	吹田市藤白台1丁目2番3号 電話番号 06-2468-8642	
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	4
届出年月日		令和 3年 12月 14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	1
住所 吹田市藤白台5丁目4番3号			
被保険者 氏名 藤白 花江 電話番号 06-1122-3344			

(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