

(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									
フリガナ	カタ	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
吹田 太郎		個人番号									
		生年月日					性別				
		明治 昭和	大正 西暦	5年 1月 1日			男				
居宅（介護予防）サービス計画作成を依頼（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	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		
フリガナ	モモヤマ ハナコ	0 0 0 9 8 7 6 5 4 3		
桃山 花子		個人番号		
		生年月日		性別
		明治・大正 昭和・西暦	10年 3月 3日	女
居宅（介護予防）サービス計画作成を依頼（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	
フリガナ	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	20年 10月 10日
		性別	男
居宅（介護予防）サービス計画作成を依頼（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 フジノ ハエ		0 0 0 0 0 9 7 5 3 1						
藤白 花江		個人番号						
		生年月日						性別
		明治・大正 昭和・西暦				25年 12月 12日		女
居宅（介護予防）サービス計画作成を依頼（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