

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 モモヤマ ハコ		0 0 0 9 8 7 6 5 4 3			
桃山 花子		個人番号			
		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）			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