

機械読取不可例

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 花		個人番号				
昭和		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		枠内に「二重線による訂正」がある場合、 機械読取できません。				
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		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」 の表示を削除し、独自にご記入いただいた場合、 機械読取できません。				
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