

居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書

この届出項目は、電子計算組織に記録されます。

太枠内をご記入ください。

| | |
|----|----------|
| 区分 | 契約日等 |
| 新規 | 年 月 日付 |
| 変更 | 年 月 1 日付 |

| | | | | | | | | |
|-------------|--|-------------|--|--|--|--|--|-----|
| 被 保 険 者 氏 名 | | 被 保 険 者 番 号 | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | |
| | | 個 人 番 号 | | | | | | |
| | | 生 年 月 日 | | | | | | 性 別 |
| | | 明・大・昭 年 月 日 | | | | | | 男・女 |

| | | |
|---|---------------|--------|
| 居宅サービス計画作成を依頼(変更)する事業者 | | |
| 事 業 所 名 | 所 在 地 | 事業者確認欄 |
| <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号 <input type="text"/> | 〒 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ください。

① 変更事由

② 変更前事業所との日付・給付管理調整等(済 ・ 未)

小規模多機能型居宅介護事業所に依頼する場合

小規模多機能型居宅介護を利用する月の初日から利用開始前までの居宅サービスの利用の有無

有 無

(宛先) 小金井市長 (被保険者記入欄)

上記の事業者に居宅サービス計画作成を依頼することを届出します。

年 月 日

被保険者 住 所

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、居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに小金井市へ提出してください。
 - 居宅サービス計画作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず小金井市に届け出してください。届出のない場合、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。
 - 契約日とは、ケアプラン依頼(契約)日となり、サービス開始日以前の日付が原則です。

| | | | | |
|------------|-----|-------------------------------------|----|--------------------------------|
| (※小金井市記入欄) | | 月 日受領 | | |
| 保険者確認欄 | | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 | | <input type="checkbox"/> 届出の重複 |
| | | <input type="checkbox"/> 被保険者証(有・無) | | |
| | | 処理区分 | 保留 | 月 日新規申請 |
| | 入力日 | | 確認 | <input type="checkbox"/> |

居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書

この届出項目は、電子計算組織に記録されます。
太枠内をご記入ください。

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----|-----|----------|-----|---|---|---|---|---|
| | | 区分 | 契約日等 | | | | | | | | | | |
| | | 新規 | 〇〇年 1 月 18 日付 | | | | | | | | | | |
| | | 変更 | 年 月 1 日付 | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | カイゴ | タロウ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | |
| 介護 太郎 | | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 |
| | | 生年月日 | | 性別 | | | | | | | | | |
| | | 明・大 | 昭 | 10年 | 10月 | 10日 | 男 | ・ 女 | | | | | |
| 居宅サービス計画作成を依頼(変更)する事業者 | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | 所在地 | | 事業者確認欄 | | | | | | | | | |
| 〇〇介護センター | | 〒 184-8504 | | △△ 介護セン ター之印 | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号 | | 小金井市本町6-6-3 | | | | | | | | | | | |
| 1 3 7 4 5 6 7 8 9 0 | | 電話番号 042-387-9804 | | | | | | | | | | | |
| 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ください。 | | | | | | | | | | | | | |
| ① 変更事由 | | | | | | | | | | | | | |
| ② 変更前事業所との日付・給付管理調整等(済 ・ 未) | | | | | | | | | | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護事業所に依頼する場合 | | | | | | | | | | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護を利用する月の初日から利用開始前までの居宅サービスの利用の有無 | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | |
| (宛先)小金井市長 | | (被保険者記入欄) | | | | | | | | | | | |
| 上記の事業者に居宅サービス計画作成を依頼することを届出します。 | | | | | | | | | | | | | |
| 〇〇年 1 月 18 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 住所 | 小金井市中町4-15-14 | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 介護 太郎 | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | 042-387-9822 | | | | | | | | | | | | |

新規又は変更丸印を付けてください。

新規:初めて介護保険を使う方、又は他市からの転入継続者
 変更:以前、他の事業所と契約されていた方

日付の注意

新規:認定申請日以降、サービス提供前の日付が原則です。
 変更:居宅介護支援費を請求するサービス提供月を記入してください。
 同一月、複数事業所からの請求はエラーとなるため、日付は「各月1日付け」で

個人番号は原則ご記入ください。
 ご利用者様ご本人が個人番号を分からない場合には空欄で結構です。

個人番号を記入し、ケアマネジャーが使用者として提出する場合は、届出書と本人確認書類の写しを封筒に入れるなど個人番号が見えないように配慮をして提出してください。

※本人確認書類については、平成27年12月15日付介護保険最新情報vol.506を参照。

事業所を変更する場合、変更事由・前事業所との日付調整の記入をお願いします。

被保険者記入欄は、原則自筆でお願いします。

- (注意)
- この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに小金井市へ提出してください。
 - 居宅サービス計画作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず小金井市に届け出してください。届出のない場合、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。
 - 契約日とは、ケアプラン依頼(契約)日となり、サービス開始日以前の日付が原則です。

- 〇 居宅サービス計画作成の依頼を受けた場合、速やかに市へ届出をしてください。届出がない場合、国保連での審査がエラーとなります。
- 〇 認定申請に被保険者証を提出してある場合を除き、原則として被保険者証を添付してください。事業所名を印字した新しい被保険者証を、ご本人様宛に送付致します。

| | | | |
|------------|------|-------------------------------------|--------------------------------|
| (※小金井市記入欄) | | 月 日受領 | |
| | | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 | <input type="checkbox"/> 届出の重複 |
| | | <input type="checkbox"/> 被保険者証(有・無) | |
| 保険者確認欄 | 処理区分 | 保留 | 月 日新規申請 |
| | 入力日 | 確認 | 同意書(有・無) |
| | | | <input type="checkbox"/> |