

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

（あて先）川口市長

〇〇年 〇〇月 〇〇日

次のとおり居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所（地域包括支援センター）・小規模多機能型居宅介護事業所等に居宅（介護予防）サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。

届出者（被保険者）氏名		被保険者番号									
フリガナ カワグチ タロウ		0	0	0	9	9	9	9	9	9	9
川口 太郎		個人番号									
		8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
		生年月日					性別				
		明 ・ 大 ・ 昭					男				
		〇〇年 〇〇月 〇〇日									
住所	〒 332-0031 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇										
	川口市青木〇丁目〇番〇号										
依頼（変更）する居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所（地域包括支援センター）・小規模多機能型居宅介護事業所等											
事業者及び事業所名						事業所の所在地					
〇〇地域包括支援センター						〒 〇〇〇-〇〇〇〇					
						川口市〇〇丁目〇番〇号					
						電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇					
介護保険事業所番号						7	7	7	7	7	7
介護予防ケアマネジメントを依頼する場合のみ記入						※枠内の記入方法は別紙参照					
<input type="checkbox"/> 要支援者		<input type="checkbox"/> 事業対象者（基本チェックリスト実施日				年	月	日）			
事業所を変更する場合のみ記入											
変更の理由等		変更年月日				年	月	日			
小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無						<input type="checkbox"/> 利用あり			<input type="checkbox"/> 利用なし		

（注意）

- 1 この届出書は、居宅（介護予防）サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第速やかに川口市へ提出してください。
- 2 居宅（介護予防）サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメント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上、必ず届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用をいったん全額自己負担していただくことがあります。

事務処理欄 ケアマネジメントC（4月～6月） ケアマネジメントC（10月～12月）
 ケアマネジメントC（7月～9月） ケアマネジメントC（1月～3月）

例1 要介護認定を受けているかたが居宅介護支援事業所を変更する場合

介護予防ケアマネジメントを依頼する場合のみ記入			
<input type="checkbox"/> 要支援者	<input type="checkbox"/> 事業対象者（基本チェックリスト実施日 年 月 日）		
事業所を変更する場合のみ記入			
変更の理由等	本人及び家族の希望による	変更年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日

例2 要介護認定者が更新（区分変更）申請で要支援になった場合で介護予防支援を受ける場合
※訪問介護、通所介護以外の予防給付サービスも利用する場合

介護予防ケアマネジメントを依頼する場合のみ記入			
<input type="checkbox"/> 要支援者	<input type="checkbox"/> 事業対象者（基本チェックリスト実施日 年 月 日）		
事業所を変更する場合のみ記入			
変更の理由等	要介護から要支援になったため	変更年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日

例3 要介護認定者が更新（区分変更）申請で要支援になった場合で介護予防ケアマネジメントを受ける場合
※訪問介護、通所介護のみ利用する場合

介護予防ケアマネジメントを依頼する場合のみ記入			
<input checked="" type="checkbox"/> 要支援者	<input type="checkbox"/> 事業対象者（基本チェックリスト実施日 年 月 日）		
事業所を変更する場合のみ記入			
変更の理由等	要介護から要支援になったため (訪問介護、通所介護のみ利用)	変更年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日

例4 要介護認定者が更新時に基本チェックリストを行い、事業対象者になった場合

介護予防ケアマネジメントを依頼する場合のみ記入			
<input type="checkbox"/> 要支援者	<input checked="" type="checkbox"/> 事業対象者（基本チェックリスト実施日 〇〇年 〇〇月 〇〇日）		
事業所を変更する場合のみ記入			
変更の理由等	要介護から事業対象者になったため	変更年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日

注意：変更年月日は要介護認定有効期間終了後の日付になります。

例5 要支援認定者が更新（区分変更）申請で要介護になった場合

介護予防ケアマネジメントを依頼する場合のみ記入			
<input type="checkbox"/> 要支援者	<input type="checkbox"/> 事業対象者（基本チェックリスト実施日 年 月 日）		
事業所を変更する場合のみ記入			
変更の理由等	要支援から要介護になったため	変更年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日

例6 要支援認定者が更新時に基本チェックリストを行い、事業対象者になった場合

介護予防ケアマネジメントを依頼する場合のみ記入			
<input type="checkbox"/> 要支援者	<input checked="" type="checkbox"/> 事業対象者	(基本チェックリスト実施日	〇〇年 〇〇月 〇〇日)
事業所を変更する場合のみ記入			
変更の理由等		変更年月日	年 月 日

例7 事業対象者が要介護・要支援認定申請を行い、要支援になった場合で介護予防支援を受ける場合 ※訪問介護、通所介護以外の予防給付サービスも利用する場合

介護予防ケアマネジメントを依頼する場合のみ記入			
<input type="checkbox"/> 要支援者	<input type="checkbox"/> 事業対象者	(基本チェックリスト実施日	年 月 日)
事業所を変更する場合のみ記入			
変更の理由等		変更年月日	年 月 日

例8 事業対象者が要介護・要支援認定申請を行い、要支援になった場合で介護予防ケアマネジメントを受ける場合 ※訪問介護、通所介護のみ利用する場合

介護予防ケアマネジメントを依頼する場合のみ記入			
<input checked="" type="checkbox"/> 要支援者	<input type="checkbox"/> 事業対象者	(基本チェックリスト実施日	年 月 日)
事業所を変更する場合のみ記入			
変更の理由等		変更年月日	年 月 日

例9 事業対象者が要介護・要支援認定申請を行い、要介護になった場合

介護予防ケアマネジメントを依頼する場合のみ記入			
<input type="checkbox"/> 要支援者	<input type="checkbox"/> 事業対象者	(基本チェックリスト実施日	年 月 日)
事業所を変更する場合のみ記入			
変更の理由等	事業対象者から要介護になったため	変更年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日

注意：変更年月日は要介護認定有効期間開始以降、要介護者対象のサービスを開始する日付になります。