

# 居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書

区分  
新規・変更

被保険者氏名	被保険者番号
フリガナ カゴシマ タロウ	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5
鹿児島 太郎	個人番号
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	生年月日
	明・大・昭 11年 1月 11日

居宅(介護予防)サービス計画作成を依頼(変更)する事業者

事業者の事業所名	事業所の所在地
〇〇居宅介護支援事業所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 鹿児島市△△町□□番地
事業所番号	電話番号〇〇〇-〇〇〇〇

適用開始年月日	事業所を変更する場合の事由等
(令和 5年 1月 1日付) ※新規・変更に関わらず必ず記入してください。	

小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスの利用開始月における居宅サービス等の利用の有無	※小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスの利用前の居宅(介護予防)サービス(居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。)及び地域密着型サービス(定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護(短期利用型)に限る。)の利用の有無を記入してください。
---	--

- 居宅サービス等の利用あり  
(利用したサービス:  
 居宅サービス等の利用なし

サービス利用開始月に他の居宅サービスが有りか無しかを必ずチェックする。  
有りの場合は変更前の事業所が給付管理を行い、無しの場合は変更後の事業所が給付管理を行う。

鹿児島市長 殿  
上記の居宅介護支援事業者等に居宅( )  
ことを届出します。  
令和 5年 1月 1日

住所  
被保険者氏名 鹿児島市山下町11番1号  
鹿児島 太郎  
電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定等の申請時、若しくは、居宅(介護予防)サービス計画作成する事業所が決まり次第、速やかに鹿児島市へ提出してください。なお、届出の際には、介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を添えて提出してください。
- 2 居宅(介護予防)サービス計画作成を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず鹿児島市へ届けてください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。

証添付 証交付  
 回収  窓口  
 未  郵送

交付先  
 本人  家族  
 支援事業者

受付	入力	照合	<input type="checkbox"/> 本人 (□郵送 □オンライン) <input type="checkbox"/> 代理人 (□郵送 □オンライン) →代理権確認 <input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項等 ( )	個人番号の確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード 1点 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 提示が困難 ( )	本人または代理人の身元確認書類 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 身・精障害者手帳 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 敬老・友愛パス <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後高医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合・限度額証 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> 情報提供NWS確認済			<input type="checkbox"/> 使用者		