

- 居宅サービス計画作成
- 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

区分
新規・変更・廃止

被保険者番号		個人番号	
—			
被保険者氏名		生年月日	
フリガナ		性別	
		□男 □女	
明・大 昭・西暦		年 月 日	
介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント又は居宅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	
		〒 —	
事業所番号		電話番号 ()	
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地	
		〒 —	
事業所番号		電話番号 ()	
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等			
※事業所を変更する場合のみ記入してください。（介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者の変更を含む。）			
変更年月日			
(年 月 日付)			
(宛先) 京都市 区長			
上記の <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に 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 <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者に居宅サービス計画作成を 依頼することを届け出します。			
年 月 日			
住 所			
被保険者 氏 名		電話番号 ()	

- 1 この届出書は、居宅サービス計画若しくは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事業者が決まり次第、速やかに各区役所・支所又は右京区役所京北出張所へ提出してください。
- 2 居宅サービス計画、介護予防サービス計画作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず各区役所・支所又は右京区役所京北出張所に届け出てください。届出がない場合は、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。
- 3 非該当（自立）と認定された場合及び認定有効期間が終了した場合は、この届出書は無効となります。

<被保険者証受領者署名欄>上記の被保険者について、被保険者証を受領しました。			
受領者 氏 名 (自署)	本人 確認 文書	1. 介護支援専門員証 2. 提出事業所職員証 3. 運転免許証	4. 戸籍謄本（抄本） 5. その他 ()
*被保険者証の交付につきましては、原則本人住所へ郵送を行っておりますが、窓口で直接交付を希望される場合は、委任状の確認（又は既に交付されている被保険者証との交換）、及び、受領者の身分確認を行っております。事故防止のため、御協力お願いいたします。			
保険者確認欄（記入しないでください。）			
<input type="checkbox"/> 本人住所又は送付先に郵送 <input type="checkbox"/> その他送付先及び理由 () <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複			