

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

該当するものにチェックしてください。

新規か変更で○を付けてください。

- 居宅サービス計画
- 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
1 0 0 0 1 - 0 0 0 0 0	9 9 9 9 8 8 8 8 7 7 7 7

被保険者氏名	生年月日	性別
フリガナ キョウト タロウ 京都 太郎	明・大 昭 西暦 20 年 1 月 1 日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

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の作成を依頼（変更）する事業者	事業者の事業所名	事業所の所在地
	自己作成	〒 -

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) 京都市長

上記の 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の作成又は介護予防ケアマネジメントを
 指定居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を 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、速やかに

2 居宅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、必ず京都市介護認定給付事務センター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。

記入不要です。

京都市使用欄（記入しないでください。）

本人住所又は送付先に郵送 その他送付先及び理由 ()

被保険者資格 届出の重複

被保険者の被保険者番号（介護保険被保険者証を確認してください）、氏名、個人番号（マイナンバー）、生年月日、性別を記入してください。

セルフケアプランの場合は「自己作成」と記入してください。