

各届出書記入時の注意

※お持ちの被保険者証を添付して提出してください。

第4号様式（第12条関係）

居宅介護（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			
		個 人 番 号	
生 年 月 日		性 別	
年 月 日		男 ・ 女	
居宅介護（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者			
事業者及び事業所名		事業所の所在地	
		電話番号（ ）	
事業所番号		サービス（給付管理）開始年月日	
		（ 年 月 日 ）	
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。	
		変更年月日	
		（ 年 月 日付 ）	
（宛先）大田区長 上記の居宅介護（介護予防）支援事業者に居宅介護（介護予防）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 被保険者 住所 氏名 電話番号（ ）			

※本人以外がご提出される場合には、次の欄も記入してください。

住所	電話番号（ ）
氏名	・ 人との関係

備考

- この届出書は、居宅介護（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに大田区へ提出してください。
- 居宅介護（介護予防）サービス計画の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、必ず大田区へ届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

大田区では、居宅サービス計画依頼届出書の様式が2種類あります。左のものは第4号様式で、居宅介護支援事業所に依頼する場合に使用します。この他に、第4号様式の2は、地域密着型小規模多機能型居宅介護支援事業所に依頼する場合に使用します。

【区分】

今回初めて介護認定を受けた場合は「新規」、それ以外の場合は「変更」に丸をしてください。

【被保険者氏名、被保険者番号、生年月日、性別】

被保険者証を確認しながら記入してください。

事業者の方へ

個人番号が記載された書類をコピー・保管することは、番号法*に抵触する恐れがありますのでご注意ください。

【個人番号】

個人番号カード等を確認しながら記入してください。

【事業者及び事業所名、事業所の所在地、事業所番号】

居宅サービス等計画の作成を依頼する事業者及び事業所の情報を記入してください。

【サービス（給付管理）開始年月日】

実際にサービスを使い始めた日付を記入してください。

【事業所を変更する場合の理由等】

事業所を変更した場合は、その理由や経過を記入してください。また、その変更があった日付（契約日等）を記入してください。

【（宛先）大田区長 の欄】

この届出書を提出する日付、ご本人の住所（被保険者証の住所）、氏名を記入してください。

【※本人以外がご提出される場合】

代理人が提出する場合に記入してください。この場合、番号法*による委任状と代理人の身元確認書類も必要になります。

委任状の提出が困難な場合、ご本人の介護保険被保険者証が添付されていれば、それを代理権の確認書類とします。（代理人の身元確認書類は必要です。）

なお、使用者の方（書類の提出のみを行う方）が提出される場合はこの欄は記入不要ですが、使用者の方に個人番号が見えないよう、封筒に入れて使用者の方に渡すなどして提出してください。

※行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律

個人番号が記載された申請書や届出書を申請する際の必要な書類については、「番号制度導入に伴う大田区介護保険各種申請手続きについて」をご覧ください。

大田区ホームページ→申請書ダウンロード→介護→介護保険各種申請用紙ダウンロード→個人番号の記載が必要な申請について

居宅介護（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																			
										個 人 番 号									
										生 年 月 日				性 別					
										年 月 日				男 ・ 女					
居宅介護（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者																			
事業者及び事業所名						事業所の所在地													
						電話番号 ()													
						事業所番号						サービス（給付管理）開始年月日 (年 月 日)							
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。													
						変更年月日 (年 月 日付け)													
(宛先) 大田区長																			
上記の居宅介護（介護予防）支援事業者に居宅介護（介護予防）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 ()																			

※本人以外がご提出される場合には、次の欄も記入してください。

住所										電話番号 ()			
氏名										本人との関係			

備考

- この届出書は、居宅介護（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに大田区へ提出してください。
- 居宅介護（介護予防）サービス計画の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、必ず大田区へ届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

（小規模多機能型居宅介護用）

区分

新規・変更

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	
年			月		日		男・女		
居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者									
事業者及び事業所名					事業所の所在地				
					電話番号 ()				
事業所番号					サービス（給付管理）開始年月日				
					(年 月 日)				
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。				
					変更年月日 (年 月 日付け)				
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 ※小規模多機能型居宅介護の利用開始月の居宅サービス（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。									
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用有り (利用したサービス :) <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用無し									
(宛先) 大田区長 上記の小規模多機能型居宅介護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 ()									

※本人以外がご提出される場合には、次の欄も記入してください。

住所	電話番号 ()
氏名	本人との関係

備考

- この届出書は、居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに大田区へ提出してください。
- 居宅サービス計画の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、必ず大田区へ届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。