

居宅介護（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書に関する注意点

1 必要書類

申請者	項番	必要書類
本人	1	届出書（「第4号様式」又は「第4号の2様式」）
	2	介護保険被保険者証
	3	本人のマイナンバーが確認できるもの
	4	本人の身元確認書類 ※2
代理人	1	届出書（「第4号様式」又は「第4号の2様式」）
	2	介護保険被保険者証
	3	本人のマイナンバーが確認できるもの ※1
	4	代理人の身元確認書類 ※2
	5	委任状又は代理権 ※3

※1 被保険者本人が死亡している場合省略可

※2 顔写真付きのものの場合1点（ケアマネ証、運転免許証等）  
顔写真がないもの場合2点（介護保険被保険者証、負担割合証等）

※3 委任状は本人自筆のもの。代理権は※2のもの1点。

2 提出方法

【郵送の場合】

必要書類を大田区役所介護保険課宛に郵送してください。

上記3～4はコピーしたもの

上記5について、委任状は原本を代理権はコピーしたもの

【窓口の場合】

必要書類原本を大田区役所3階介護保険課までお持ちください。

○提出例 ケアマネジャーが郵送で提出した場合  
原本 届出書、介護保険被保険者証（※代理権を兼ねる）  
コピー 個人番号カード、ケアマネ証

第4号様式（第12条関係）

書き方

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			
フリガナ			
被保険者番号			
個人番号			
被保険者の情報について記載してください			
被保険者番号：介護保険被保険者証の10桁の番号 個人番号：個人番号カード等の12桁の番号			
居宅介護（介護予防）サービス計画		事業者及び事業所名	
事業所所在地		電話番号（ ）	
サービス（給付管理）開始年月日			
（ 年 月 日 ）			
【サービス（給付管理）開始年月日】 実際に同事業者のサービスを利用した日を記載してください			
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			
被保険者の情報について記載してください			
住所		電話番号（ ）	
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	代理人が提出する場合（家族、ケアマネジャー等）は本人との関係性を含めて記載してください

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。									
					<p style="text-align: center;">変更年月日 ( 年 月 日付け)</p>									
<p>(宛先) 大田区長</p> <p>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）サービス計画作成を依頼することを届け出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>被保険者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 電話番号 ( )</p>														

※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。