

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

居宅サービス計画作成依頼届出【新規】記入上の注意

		区分 新規・変更
被保険者氏名		被保険者番号
ふりがな		
生年月日		性別
明・大・昭 年 月 日		男・女
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		
担当ケアマネジャー氏名	事業者番号	
事業所の所在地	〒 電話番号 ()	
事業所を変更する場合の事由等	※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（平成 年 月 日付）	
佐賀中部広域連合長 様		
上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画作成を依頼（変更）することを届け出ます。		
平成 年 月 日 ①		被保険者住所 電話番号 氏名 ② (印)
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 被保険者証の添付	

★届出書の届出区分：「新規」の場合

- 要介護認定を受け、初めて居宅サービスを利用するとき
- 要介護または要支援の認定有効期間終了後、期間をあけて認定申請をして居宅サービスを利用するとき

〔記入要領〕

- ① 佐賀中部広域連合に提出する日を記入してください。居宅サービスの利用を開始する日までに提出してください。ここに記入した日付が、被保険者証に記載されます。
- ② 住所は、提出する日に住民登録をしている住所。氏名と押印は、居宅サービスを利用する被保険者。本人が記入できないときは、本人の氏名・押印と代筆者の氏名を記入してください。

新規の場合は、記入する必要はありません。

(注意) 1 この届出書は、下記の場合、サービス利用前に佐賀中部広域連合へ提出してください。
 ・居宅サービス計画作成を居宅介護支援事業者に新規に依頼する場合
 ・依頼する居宅介護支援事業者を変更する場合
 2 上記の届出のない場合、サービスにかかる費用をいったん全額自己負担していただくことがあります。
 3 認定結果が「非該当（自立）」となった場合には、この届出の効力はなくなります。

居宅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	
ふりがな			
		生年月日	性別
		明・大・昭 年 月 日	男・女
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			
担当ケアマネジャー 氏 名		事業者 番 号	
事業所の所在地	〒 電話番号 ()		
事業所を変更する 場合の事由等	※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（平成 年 月 日付）		
佐賀中部広域連合長 様			
上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画作成を依頼（変更）することを届け出ます。			
平成 年 月 日	①		
被保険者	住 所	②	
	電話番号		
	氏 名	印	
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複	<input type="checkbox"/> 被保険者証の添付

- （注意）1 この届出書は、下記の場合、サービス利用前に佐賀中部広域連合へ提出してください。
- ・居宅サービス計画作成を居宅介護支援事業者に新規に依頼する場合
 - ・依頼する居宅介護支援事業者を変更する場合
- 2 上記の届出のない場合、サービスにかかる費用をいったん全額自己負担していただくことがあります。
- 3 認定結果が「非該当（自立）」となった場合には、この届出の効力はなくなります。

居宅サービス計画作成依頼届出【変更】記入上の注意

★届出書の届出区分：「変更」の場合

- すでに届け出ている事業所を変更するとき
- ・要支援から要介護に変更となったとき等

〔記入要領〕

- ① 佐賀中部広域連合に提出する日を記入してください。
介護予防サービスの利用を開始する日までに提出してください。
- ② 住所は、提出する日に住民登録をしている住所。
氏名と押印は、居宅サービスを利用する被保険者。
本人が記入できないときは、本人の氏名・押印と代筆者の氏名を記入してください。

変更の場合は、事由と変更年月日を必ずご記入ください。変更年月日に記入した日付が、被保険者証に記載されます。
事由：要支援2から要介護1に変更になったため等
変更年月日：いつのサービス利用分から変更するか書いてください。

介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

介護予防サービス計画作成依頼届出【新規】記入上の注意

		区分 新規・変更	
被保険者氏名		被保険者番号	
ふりがな			
		生年月日	性別
		明・大・昭 年 月 日	男・女
介護予防サービスの作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者			
介護予防支援事業所名	事業所番号	介護予防支援事業所の所在地	〒
		電話番号	()
介護予防支援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を受託する場合のみ記入して下さい。			
居宅介護支援事業所名	事業所番号	居宅介護支援事業所の所在地	〒
		電話番号	()
介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等 ※変更する場合のみ記入して下さい。			
変更年月日（平成 年 月 日付）			
佐賀中部広域連合長 様			
上記の介護予防支援事業者に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。			
平成 年 月 日 ①		被保険者 住所 ②	
		電話番号 ③	
		氏名 ④	
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複	<input type="checkbox"/> 被保険者証の添付

★届出書の届出区分：「新規」の場合

- 要支援認定を受け、初めて介護予防サービスを利用するとき
- 要介護または要支援の認定有効期間終了後、期間をあけて認定申請をして介護予防サービスを利用するとき

〔記入要領〕

- ① 佐賀中部広域連合に提出する日を記入してください。介護予防サービスの利用を開始する日までに提出してください。ここに記入した日付が、被保険者証に記載されます。
- ② 住所は、提出する日に住民登録をしている住所。氏名と押印は、介護予防サービスを利用する被保険者。本人が記入できないときは、本人の氏名・押印と代筆者の氏名を記入してください。

居宅介護支援事業所に委託している場合は、必ず記入してください。

新規の場合は、記入する必要はありません。

(注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画作成を依頼する事業者が決まり次第速やかに佐賀中部広域連合へ提出してください。
 2 介護予防サービス計画作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援を受託する。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、必ず佐賀中部広域連合に届け出てください。届け出のない場合、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。

介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

介護予防サービス計画作成依頼届出【変更】記入上の注意

		区分 新規 変更	
被保険者氏名		被保険者番号	
ふりがな			
		生年月日	性別
		明・大・昭 年 月 日	男・女
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者			
介護予防支援事業所名	事業所番号	介護予防支援事業所の所在地	〒
		電話番号 ()	
介護予防支援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を受託する場合のみ記入して下さい。			
居宅介護支援事業所名	事業所番号	居宅介護支援事業所の所在地	〒
		電話番号 ()	
介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等 ※変更する場合のみ記入して下さい。			
変更年月日（平成 年 月 日付）			
佐賀中部広域連合長 様 上記の介護予防支援事業者に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。			
平成 年 月 日 ①		被保険者 住所 ②	
		電話番号 ③	
		氏名 ④	
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複	<input type="checkbox"/> 被保険者証の添付

★届出書の届出区分：「変更」の場合

○すでに届け出ている事業所を変更するとき

- ・要介護から要支援に変更となったとき
- ・佐賀中部広域連合域内の転居等で担当する地域包括支援センターが変更になるとき等

〔記入要領〕

- ① 佐賀中部広域連合に提出する日を記入してください。介護予防サービスの利用を開始する日までに提出してください。
- ② 住所は、提出する日に住民登録をしている住所。氏名と押印は、介護予防サービスを利用する被保険者。本人が記入できないときは、本人の氏名・押印と代筆者の氏名を記入してください。

居宅介護支援事業所に委託している場合は、必ず記入してください。

変更の場合は、事由と変更年月日を必ずご記入ください。変更年月日に記入した日付が、被保険者証に記載されます。

事由：要介護1から要支援2に変更になったため等
 変更年月日：いつのサービス利用分から変更するか書いてください。

（注意）1 この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画作成を依頼する

事業者が決まり次第速やかに佐賀中部広域連合へ提出してください。

- 2 介護予防サービス計画作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援を受託する。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、必ず佐賀中部広域連合に届け出てください。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・看護小規模多機能型居宅介護用）

		要介護度区分 要介護・要支援	区分 新規・変更
被保険者氏名		被保険者番号	
ふりがな			
1	生年月日 明・大・昭 年 月 日		性別 男・女
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			
担当ケアマネジャー氏名	事業者番号		
事業所の所在地	〒 電話番号 ()		
事業所を変更する場合の事由等	※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（平成 年 月 日付）		
小規模多機能型居宅介護・看護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	<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり （利用したサービス： ① ） <input type="checkbox"/> 居宅サービスの利用なし ※小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス（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（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。		
佐賀中部広域連合長 様 上記の小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護事業者に居宅サービス計画作成を依頼（変更）することを届け出ます。			
平成 年 月 日 ②	被保険者	住所 電話番号 ③	氏名 ④
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 被保険者証の添付		

（注意）1 この届出書は、下記の場合、サービス利用前に佐賀中部広域連合へ提出してください。
 ・居宅サービス計画作成を小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護事業所に新規に依頼する場合
 ・居宅サービス計画作成を依頼する事業所を変更する場合（変更年月日を記入してください）
 2 上記の届出のない場合、サービスにかかる費用をいったん全額自己負担していただくことがあります。
 3 認定結果が「非該当（自立）」となった場合には、この届出の効力はなくなります。

居宅サービス計画作成依頼届出（小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護用） 【新規】記入上の注意

★届出書の届出区分：「新規」の場合

- 初めてサービスを利用するとき
- 要介護または要支援の認定有効期間終了後、期間をあけて認定申請をしてサービスを利用するとき

〔記入要領〕

- ① 小規模多機能型居宅介護または看護小規模多機能型居宅介護の利用を開始する月に他の居宅（介護予防）サービスを利用した実績があるときは、「利用あり」にチェックし、サービス名を書いてください。
- ② 佐賀中部広域連合に提出する日を記入してください。サービスの利用を開始する日までに提出してください。ここに記入した日付が、被保険者証に記載されます。
- ③ 住所は、提出する日に住民登録をしている住所。氏名と押印は、サービスを利用する被保険者。本人が記入できないときは、本人の氏名・押印と代筆者の氏名を記入してください。

新規の場合は、記入する必要はありません。

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・看護小規模多機能型居宅介護用）

居宅サービス計画作成依頼届出（小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護用） 【変更】記入上の注意

		要介護度区分 要介護・要支援	区分 新規・ 変更
被保険者氏名		被保険者番号	
ふりがな			
		生年月日 明・大・昭 年 月 日	性別 男・女
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			
担当ケアマネジャー氏名		事業者番号	
事業所の所在地		〒	
		電話番号	
事業所を変更する場合の事由等	※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（平成 年 月 日付）		
小規模多機能型居宅介護・看護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	<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり （利用したサービス：①） <input type="checkbox"/> 居宅サービスの利用なし ※小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス（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（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。		
佐賀中部広域連合長 様 上記の小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護事業者に居宅サービス計画作成を依頼（変更）することを届け出ます。			
平成 年 月 日 ②		被保険者住所 電話番号 氏名 ③	印 ④
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 被保険者証の添付		

★届出書の届出区分：「変更」の場合

○すでに届け出ている事業所を変更するとき

〔記入要領〕

- ① 小規模多機能型居宅介護または看護小規模多機能型居宅介護の利用を開始する月に他の居宅（介護予防）サービスを利用した実績があるときは、「利用あり」にチェックし、サービス名を書いてください。
「利用あり」のときは、変更年月日の月の給付管理を居宅介護（介護予防）支援事業者が行います。
- ② 佐賀中部広域連合に提出する日を記入してください。
サービスの利用を開始する日までに提出してください。
- ③ 住所は、提出する日に住民登録をしている住所。
氏名と押印は、サービスを利用する被保険者。
本人が記入できないときは、本人の氏名・押印と代筆者の氏名を記入してください。

変更の場合は、事由と変更年月日を必ずご記入ください。変更年月日に記入した日付が、被保険者証に記載されます。
事由：本人希望のため等。
変更年月日：いつのサービス利用分から変更するか書いてください。

（注意）1 この届出書は、下記の場合、サービス利用前に佐賀中部広域連合へ提出してください。
・居宅サービス計画作成を小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護業所に新規に依頼する場合
・居宅サービス計画作成を依頼する事業所を変更する場合（変更年月日を記入してください）
2 上記の届出のない場合、サービスにかかる費用をいったん全額自己負担していただくことがあります。
3 認定結果が「非該当（自立）」となった場合には、この届出の効力はなくなります。