

状態区分が変わった場合の記入例
(例: 要介護 → 要支援)

ケアマネジメント依頼(変更)届出書

区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更
利用種別	<input type="checkbox"/> 予防給付	<input checked="" type="checkbox"/> 総合事業

被保険者氏名	フリガナ	被保険者番号
	〇〇〇〇 〇〇〇〇	

人番号	月日
	年 月 日

介護事業者 センター	〒〇〇〇-〇〇〇〇
---------------	-----------

電話番号	0463 (〇〇) 〇〇〇〇
------	------------------

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 ()	

※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)

平塚市長 様
 上記の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依頼することを届け出します。
 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

住所 平塚市〇〇〇〇
 被保険者氏名 〇〇 〇〇 電話番号 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇

暫定申請 (事業者記入)	提供開始日	市処理欄	被保険者証	入力日 (/) 発送日 (/)
			<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 認定担当へ提出済 <input type="checkbox"/> 未収	

介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する介護予防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の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示します。

- (注意) 1 この届出書は、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依頼する事業所等が決まり次第速やかに平塚市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所(地域包括支援センター)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、必ず平塚市へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

【地域包括ケア推進課への提出日：令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日】

連 票	
現在	区分・経緯
新規	<input type="checkbox"/> 新規 ※サービス未利用者が基本チェックリストにより事業対象者に該当した者
	<input type="checkbox"/> 事業対象者 ※要支援認定の期限満了時に更新をせずに事業対象者に該当した者 基本チェックリスト実施日
	<input checked="" type="checkbox"/> 要支援者 <input type="checkbox"/> 事業対象者 → 要支援者 ※事業対象者としてサービスを利用していたが状態悪化のため要支援者
	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護（１） → 要支援（２） ※要介護認定の期限満了とともに認定更新をして要支援の認定を受けた者 要支援認定の有効期限（令和 5年 1月 1日 ~ 令和 6年12月31日）
変更	<input type="checkbox"/> 住所地の変更 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメントの実施包括（居宅）の変更 <input type="checkbox"/> その他（ ）
被保険者証再交付理由	
<input type="checkbox"/> 被保険者証を紛失 <input type="checkbox"/> 被保険者証の包括記載欄が空欄 <input type="checkbox"/> 被保険者証の記載内容に誤りがある <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証に更新前の旧情報が掲載 <input type="checkbox"/> 被保険者証に要支援認定期間中の情報が掲載 <input type="checkbox"/> その他（下記に記入してください）	
利用サービス	
訪問型サービス	<input type="checkbox"/>
特記事項	
<input type="checkbox"/> 暫定利用（介護保険申請日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所（ ）と連携中 <input type="checkbox"/> 住所地特例（保険者： ） <input type="checkbox"/> その他（暫定利用、居宅との連携以外になにかあれば、下記に記入してください。）	

地域包括ケア推進課への書類の提出日を記入してください。

☑してください。

状態区分の変更内容と要支援認定の有効期限を記入してください。
 例：令和4年12月末まで要介護1
 令和5年1月1日から要支援2

該当する項目に☑してください。

利用するサービスを記入してください。