

ケアプラン(介護・予防)作成・介護予防ケアマネジメント 依頼(変更・終了)届出書

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					
明治		大正		昭和		男		女	
年		月		日					
ケアプランの作成・介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する事業者									
事業者の事業所名				事業所の所在地等 〒 -					
事業所番号									
担当ケアマネジャー:				(TEL) ( )					
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所 <small>居宅介護支援事業所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。</small>									
事業者の事業所名				事業所の所在地等 〒 -					
担当ケアマネジャー:				(TEL) ( )					
給付管理開始年月日 (変更・終了の場合は変更・契約終了年月日)				年 月 日					
事業所を変更・終了する場合の事由等				3 認定区分の変更(要介護認定 要支援認定)					
1 住所変更のため				4 介護保健施設等に入所・入居したため					
2 自己都合により				5 その他 ( )					
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									
なし あり (利用したサービス: )									
<p>荒川区長 殿</p> <p>上記のとおり、ケアプラン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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 _____</p> <p>(TEL) ( ) _____</p> <p>被保険者氏名 _____</p>									

- 注意
- この届出書は、要介護(要支援)認定の申請時に、又はケアプランの作成や介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第、速やかに荒川区へ提出してください。
  - ケアプランの作成を依頼又は介護予防ケアマネジメントする事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず荒川区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。
  - 事業者との契約が失効したとき、又は介護保険施設等に入所すること等により、居宅(介護予防)サービス画の作成の依頼を止めた場合は、区分の「終了」に をし、区に届け出てください。  
なお、事業所を変更した場合、又は保険者資格を喪失した場合は、終了の届出は不要です。

保 険 者 確 認 欄	被保険者資格 届出の重複 居宅介護支援事業者番号		受理	入力年月日		備考
				年 月 日		
	受付	身分確認				個人番号カード等提示
	本人	介護保険被保険者証	代理人	運転免許証		有 ・ 無
	医療保険被保険者証		パスポート		個人番号検索同意	
	その他( )		その他( )		有 ・ 無	