

記入上の注意事項

総合事業対象者は「介護予防ケアマネジメント」を丸で囲む

別記第17号様式(第21条関係)

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			
総合事業対象者は必ず記入すること 不明な場合は介護保険課まで		個人番号	
		生年月日	
		□ 明治 □ 大正 □ 昭和 年 月 日	
ケアプラン(介護・予防)ケアマネジメントを依頼する事業者			
事業所名	事業所の所在地等 千 ー		
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者 ※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。			
事業所名	事業所の所在地等 千 ー		
事業所番号			
担当ケアマネジャー:		(TEL) ()	
給付管理開始(変更・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 ()	
(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 ※月途中から小規模多機能型居宅介護事業者を利用開始した場合に記載してください。 □ なし □ あり (利用したサービス:)			
荒川区以外が保険者の場合は、ここに保険者名と保険者番号を記入			
住所			
(TEL) ()			
被保険者氏名			
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事業者がサービスの提供に当たり、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事業者に必要な範囲で提示することに同意します。 年 月 日 氏名			

総合事業の対象者はサービス開始日を記入

荒川区以外が保険者の場合は、ここに保険者名と保険者番号を記入

ケアマネジャーへの情報提供の同意欄

※注意

1 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者が決まり次第、速やかに荒川区へ提出してください。

必ず原本を提出してください

2 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事業者を変更する場合は、変更届出のない場合、サービスに係る変更は行いません。

3 介護施設等に入所すること等により、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事業者を変更する場合は、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	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他()	代理人	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()	有・無 個人番号検索同意 有・無