居宅・介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更・廃止）届出書

届出区分	被保険者氏名	被保険者番号	□ 横浜市 □ その他（　　）
□ 新規 □ 変更 □ 廃止	フリガナ		
		生年月日	
		□明治 □大正 □昭和　　年　　月　　日	

居宅・介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼（変更・廃止）する事業者	
事業者の事業所名	事業所の所在地 〒 電話番号　　（　　）
契約等の発効（失効）年月日 ※サービス事業対象者の場合は登録日 平成　　年　　月　　日	
介護保険事業所番号	
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。	
小規模多機能型居宅介護又は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 ※小規模多機能型居宅介護又は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。	
□ 居宅サービス等の利用あり（利用したサービス：　　） □ 居宅サービス等の利用なし	

（届出先）　横浜市　　区長

（いずれかにチェック）

□ 上記の居宅介護支援事業者等に、居宅介護サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。

□ 上記の介護予防支援事業所（地域包括支援センター）に、介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。

□ 上記の居宅介護支援事業者等・介護予防支援事業所（地域包括支援センター）との契約を廃止することを届け出ます。

平成　　年　　月　　日

住所　　電話番号　　（　　）

（被保険者）

氏名　　印　（本人自署の場合は、押印不要です。）

（注意）
1 要介護・要支援認定申請後、サービスを利用する際は、事前に居宅・介護予防サービス計画作成について、被保険登録のある区役所の要介護認定担当課へ提出してください。
2 サービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを依頼するときは、基本チェックリストを添付して届け出てください。
3 市内の住所地特例の対象施設に入居中で、介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼するときは、本様式で区役所の要介護認定担当課へ提出してください。
4 居宅介護支援事業者等・介護予防支援事業所（地域包括支援センター）を変更するとき（または契約が失効したとき）は、変更年月日（失効年月日）を記入の上、必ず区役所の要介護認定担当課に届け出てください。変更の届出のない場合は、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。

受理年月日	※「居宅介護支援事業者等」とは、居宅介護支援・小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護事業者・看護小規模多機能型居宅介護事業者をいいます。

＊区役所記入欄

（共通） □被保険者証回収 □事業所番号 □届出の重複	（要介護・要支援） □要介護　□要支援 （サービス事業対象者） □基本チェックリストの添付 □サービス事業対象者確認済	入力