

居宅サービス計画作成
介護予防サービス計画作成
介護予防ケアマネジメント

記入例

受付印

区分	居宅・介護予防・介護予防ケアマネジメント (新規・変更)													
被保険者氏名	被保険者番号													
フリガナ	コウイキ		タロウ		0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
広域 太郎		個人番号												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
生年月日												性別		
明・大・昭 14年 3月 12日												男		
居宅サービス計画作成等を依頼(変更)する事業所														
事業所名		事業所の所在地 〒 476-0013												
連合居宅介護支援事業所		東海市中央町一丁目1番地の1												
事業所番号	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	電話番号 (052) 689 - 2263			
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 変更の時に記入してください。 ※変更前の事業所にも必ず連絡してください。														
市町届出日より遡る場合、支援事業所等は必ず裏面の理由書を記入してください。														
居宅サービス計画作成等の依頼年月日(変更の場合は変更日) ※(介護予防)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を利用する場合はサービス利用開始日 令和3年5月1日														
高齢者相談支援センター(地域包括支援センター)から委託を受けて介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントを行う事業所 ※委託を受ける場合のみ記入														
事業所名	高齢者相談支援センター(地域包括支援センター)から居宅介護支援事業所が委託を受ける場合のみ、記入してください。													
事業所番号	電話番号 () -													
(介護予防)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 ※(介護予防)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を利用する場合のみ記入														
居宅サービス等の利用 <input type="checkbox"/> あり (利用したサービス: <input type="checkbox"/> なし 小規模多機能型居宅介護事業所または看護小規模多機能型居宅介護へ依頼した場合のみ、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(定員未満の施設)の利用は、認知症対応型共同生活介護(短期利用型)、地域密着型居宅介護(定期巡回・随時対応型訪問介護看護に限る。)の有無を記入してください。(介護予防サービス又は第1号事業の場合も同様に記入してください。)														
(宛先) 知多北部広域連合長 上記の支援事業所等に居宅サービス計画作成等を依頼することを届け出ます 令和〇〇年〇〇月〇〇日 住所 東海市荒尾町西廻間2番地の1														
被保険者	必ず被保険者本人の住所、氏名、電話番号をお願いします。													
氏名	広域 太郎 電話番号 (052) 689 - 2263													
居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼(変更)する居宅介護(介護予防)支援事業者が居宅介護(介護予防)支援の提供にあたり、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居宅介護支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。														
令和〇年〇月〇日 氏名 広域 太郎														
保険者確認欄 (市町担当)	<input type="checkbox"/> 被保険者資格・認定内容の確認 (事業対象者・要支援・要介護) <input type="checkbox"/> 届出重複 <input type="checkbox"/> 居宅(介護予防)支援事業所承諾 ※変更の場合は、変更前の事業所への連絡も確認 <input type="checkbox"/> 小規模多機能居宅介護又は看護小規模多機能居宅介護の利用開始日(利用日) 確認・開始月の他の居宅サービス利用の有無 <input type="checkbox"/> 被保険者証発行 濟・未 (申請中・その他の理由・月 日 資格喪失)													

注意事項

- この届出書は、居宅サービス計画作成等を、ご希望の居宅介護支援事業所又はお住まいの圏域の高齢者相談支援センター(地域包括支援センター)に申し込み、承諾を得たのち、速やかに届け出してください。
- 居宅サービス計画作成等を依頼する事業所を変更したときは、新たな事業所名及び変更年月日を記入の上、その都度届け出してください。
- この届出がない場合は、サービスに要する費用を一旦、全額自己負担していただき、後に払い戻しを受けることになる場合があります。
- 届出の際には、介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を添えて、各市町の介護保険担当窓口へ提出してください。(介護予防ケアマネジメント依頼届出書の場合は、介護保険被保険者証又は介護保険資格者証の添付は不要です。また、各市町の介護保険担当窓口のほか、高齢者相談支援センター(地域包括支援センター)又は保健担当窓口へ提出することができます。)
- 介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出の場合、個人番号欄の記入は不要です。

係長	係

課長		受付者

サービス利用開始日が遡る場合の理由書

記入例

表の「居宅サービス計画作成等の依頼年月日」と同じ日付にしてください。

サービス利用開始日	令和 3 年 5 月 1 日から	利用者の認定通知収受日	令和 3 年 5 月 15 日
認定日	令和 3 年 5 月 12 日	サービス計画届出書作成日	令和 3 年 5 月 1 日

サービス計画作成依頼届出書の提出前に介護サービスの利用を開始した理由

脳出血後左半身にマヒが残っており、歩行が困難で見守りが必要だが、家族が日中就労しており見守りが十分でないことから、早急にサービスを利用する必要があったため。

サービス開始日を遡る理由等（※該当する項目の番号に○印をつけてください。）

- 1 利用者からの認定結果の連絡が 令和3 年 5 月 16 日であったため、提出が遅くなかった。
- 2 利用者からの認定結果の連絡が 年 月 日にあったが、サービス計画作成依頼届出書作成日の調整ができなかったため、提出が遅くなかった。
- 3 その他（具体的に事由を記載してください。）

「サービス計画作成依頼届出書の提出前に介護サービスの利用を開始した理由」欄には、サービスの利用が必要と判断した被保険者の身体的な状況などを、「サービス開始日を遡る理由等」欄には届出が遅くなった理由を記載してください。
特に前者については、下記のような内容は適切ではないため注意してください。

- ・元々サービスを利用していたため
- ・本人や家族の要望があったため
- ・遡って転入したため

（宛先） 知多北部広域連合長

上記の事由により、サービス計画の提出が遅れたことに伴う

令和 3 年 5 月 16 日

事業所名 **連合居宅介護支援事業所**

担当者氏名 **居宅 花子**

介護保険事業所名及び担当者の氏名を記載してください。

高齢者相談支援センター（地域包括支援センター）が届出する場合は、委託先がある場合も高齢者相談支援センター（地域包括支援センター）の記載が必要です。

保険者確認欄 (市町担当)	<input type="checkbox"/> 記載内容の確認 (サービス開始日、認定日、認定通知収受日、サービス計画届出書作成日) <input type="checkbox"/> 記名の確認
------------------	--

（注意）

- 1 居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所との契約が完了し、この届出書の提出を行わない場合、原則、サービスに要する費用を一旦、全額自己負担した後に払い戻しを受けることになります（償還払い）。
本様式は、償還払いの手続に伴う利用者の負担を軽減するためのものですが、サービス計画の届出に係る手續の遅滞等により、サービス開始日の遡りを行う場合は、この様式によらず、理由、対応、改善などを記載した書面を提出してください。
- 2 月をまたいでサービス開始日を遡る場合、介護報酬の請求手続は必ずサービス計画作成依頼届出書を提出した翌月以降に行ってください。
- 3 記載内容と認定手続き等との相違などがある場合、知多北部広域連合または市町の介護保険担当窓口から照会等を行う場合があります。