

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

区 分
新規・変更

被 保 険 者 氏 名	被 保 険 者 番 号										
フリガナ	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>										
	個 人 番 号										
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>										
	生 年 月 日	性 別									
明・大・昭 年 月 日	男・女										
居宅サービス計画作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者											
居 宅 介 護 支 援 事 業 所 名	居宅介護支援事業所の所在地										
	〒										
	電話番号 ()										
指 定 事 業 所 番 号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>										
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 ※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】											
沖縄市長 様 上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画作成を依頼することを届け出します。 年 月 日 住 所 被保険者 電話番号 () 氏 名											

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画作成を依頼する居宅介護支援事業所が決まり次第速やかに沖縄市役所へ提出してください。
 自己作成の方も提出が必要です。
 なお、提出の際には、介護保険被保険者証をご持参ください。
- 2 居宅サービス計画作成を依頼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、必ず沖縄市役所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、全額自己負担していただくことがあります。

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）届出書

区 分
新規・変更

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・大・昭 年 月 日 男・女	
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 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター		
介護予防支援事業所名、地域包括支援センター名	介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地	〒
	電 話 番 号 () -	
指 定 事 業 所 番 号		
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	〒
	電 話 番 号 ()	
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等		
※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)		
沖縄市長 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。		
年 月 日		
被保険者 住 所		
被保険者 氏 名	電 話 番 号 ()	

- (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沖縄市役所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、必ず沖縄市役所へ届け出てください。
- 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。
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。

居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書

（ 小規模多機能型居宅介護 ・ 看護小規模多機能型居宅介護 ）

		区 分
		新規 ・ 変更
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・大・昭 年 月 日	男・女
事 業 所 名	事 業 所 の 所 在 地	
	〒	
	電話番号 ()	
指 定 事 業 所 番 号		
事業所を変更する場合の理由 ※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】		
小規模多機能型居宅介護・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・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下さい。	
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり （利用したサービス： ） <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし		
沖縄市長 様 上記小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護事業者に 居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼することを届け出します。		
年 月 日		
住 所		
被保険者氏名	電話番号 ()	

（注意） 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに沖縄市役所へ提出してください。
 なお、提出の際には、介護保険被保険者証をご持参ください。

2 居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず沖縄市役所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、全額自己負担していただくことがあります。