老認発０３３１第５号
令和３年３月３１日

都道府県
各　指定都市　介護保険主管部（局）長　殿
中 核 市

厚生労働省老健局
認知症施策・地域介護推進課長
（　公　印　省　略　）

「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の様式について」等の一部改正について

今般、別添のとおり「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の様式について」（平成 11 年 12 月８日老企発第 31 号）及び「介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書の様式について」（平成 18 年３月 31 日老振発第 0331010 号）について、以下のとおり一部改正いたしますので、趣旨をご理解の上、管内市区町村、関係団体、関係機関に周知徹底をお願いいたします。

記

１　居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の様式について（平成 11 年 12 月８日老企発第 31 号）の一部改正

標記通知の「別紙」については、本通知の別添１のとおり改正する。

２　介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書の様式について（平成 18 年３月 31 日老振発第 0331010 号）の一部改正

標記通知の「別紙」については、本通知の別添２のとおり改正する。

別添１

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	
	個人番号
	生年月日 / 性別
	明・大・昭　年　月　日 /

居宅サービス計画の作成を依頼（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　（　）
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 （令和　年　月　日付）

〇〇市（町村）長　様

上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届け出します。

令和　年　月　日

住　所

被保険者

電話番号　（　）

氏　名

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事業所番号

居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者が居宅介護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　年　月　日　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、居宅サービス計画の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〇〇市（町村）へ提出してください。

２　居宅サービス計画の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、必ず〇〇市（町村）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。

別添２

介護予防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		
	個人番号	
	生年月日	性別
	明・大・昭　　年　　月　　日	

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	
介護予防支援事業所名	介護予防支援事業所の所在地　〒 電話番号　　（　　）

介護予防支援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 （令和　　年　　月　　日付）

〇〇市（町村）長　様

上記の介護予防支援事業者に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。

令和　　年　　月　　日

住　所

被保険者　　電話番号　（　　）

氏　名

保険者確認欄	□　被保険者資格　□　届出の重複 □　介護予防支援事業者事業所番号

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が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介護予防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　　年　　月　　日　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

（注意）１　この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、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〇〇市（町村）へ提出してください。

２　介護予防サービス計画の作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援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、必ず〇〇市（町村）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。

改正案

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		
	個人番号	
	生年月日	性別
	明・大・昭　　年　　月　　日	~~男・女~~

居宅サービス計画の作成を依頼（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　　（　　）

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 （~~平成~~令和　　年　　月　　日付）

〇〇市（町村）長　様

上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届け出します。

~~平成~~令和　　年　　月　　日

住　所

電話番号　　（　　）

被保険者

氏　名

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事業所番号

居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者が居宅介護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　　年　　月　　日　　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、居宅サービス計画の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〇〇市（町村）へ提出してください。

２　居宅サービス計画の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、必ず〇〇市（町村）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。

改正案

介護予防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	
	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

介護予防支援事業所名	介護予防支援事業所の所在地　〒 電話番号　（　）

介護予防支援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
（~~平成~~令和　年　月　日付）

〇〇市（町村）長　様

上記の介護予防支援事業者に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。

~~平成~~令和　年　月　日

住　所

電話番号　（　）

被保険者

氏　名

保険者確認欄	□ 被保険者資格　□ 届出の重複 □ 介護予防支援事業者事業所番号

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が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介護予防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　年　月　日　氏名

（注意）１　この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、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〇〇市（町村）へ提出してください。

２　介護予防サービス計画の作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援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、必ず〇〇市（町村）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。