

老認発 0913 第 3 号
老老発 0913 第 1 号
令和 4 年 9 月 13 日

各 都道府県 介護保険主管部（局）長 殿
市区町村

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 ）
老 人 保 健 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、趣旨を御理解の上、関係団体及び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
標記通知については、本通知の別添 2 のとおり改正する。

老企発第 3 1 号
平成 1 1 年 1 2 月 8 日

各 都道府県 介護保険主管部（局）長殿

厚生省老人保健福祉局企画課長

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の様式について

今般、介護保険法施行規則（平成 1 1 年厚生省令第 3 6 号）第 6 4 条（居宅介護サービス費の代理受領の要件）第 1 号において、指定居宅サービス（居宅療養管理指導及び特定施設入所者生活介護を除く。）を受ける場合であって、指定居宅介護支援等を受けることにつきあらかじめ市町村に届け出る際の届出の標準様式（居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書）及び同令第 6 5 条の 4（地域密着型介護サービス費の代理受領の要件）第 2 号において、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けることにつきあらかじめ市町村に届け出る際の届出の標準様式（居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書（（看護）小規模多機能型居宅介護））について別紙 1 及び別紙 2 のとおり定めたので、御承知の上、管下市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その運用に遺憾のないようにされたい。

なお、当該様式の届出は、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成 1 1 年厚生省令第 3 8 号）第 4 条（内容及び手続の説明及び同意）又は指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 1 8 年厚生労働省令第 3 4 号）第 8 8 条若しくは第 1 8 2 条において準用する第 3 条の 7（内容及び手続の説明及び同意）に基づき届け出られるものであることを、念のため、申し添える。

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	
		年 月 日	
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	
居宅介護支援事業所番号		サービス開始（変更）年月日	
		年 月 日	
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。	
<p>〇〇市（町村）長 様</p> <p>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ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住 所</p> <p>被保険者 電話番号</p> <p>氏 名</p>			
<p>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が居宅介護支援の提供に当たり、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。</p> <p>年 月 日 氏名</p>			
<p>(注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、又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〇〇市（町村）へ提出してください。</p> <p>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上、必ず〇〇市（町村）へ届け出てください。届出のない場合、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。</p>			
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事業所番号	

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書（（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	
居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する（看護）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所名		（看護）小規模多機能型居宅介護事業所の所在地 〒	
		電話番号	
事業所番号		サービス開始（変更）年月日	
		年 月 日	
（看護）小規模多機能型居宅介護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。	
（看護）小規模多機能型居宅介護等の利用開始月における居宅サービス等の利用有無		※（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。	
<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			
〇〇市（町村）長 様			
上記の（看護）小規模多機能型居宅介護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ます。			
年 月 日			
〒			
住 所			
被保険者		電話番号	
氏 名			
居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する（看護）小規模多機能型居宅介護事業者が（看護）小規模多機能型居宅介護の提供に当たり、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（看護）小規模多機能型居宅介護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			
（注意）1 この届出書は、要介護認定の申請時に、又は居宅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 居宅サービス計画の作成を依頼する（看護）小規模多機能型居宅介護事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず〇〇市（町村）へ届け出てください。 届出のない場合、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。			
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"/> （看護）小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号	

老振発第 0331010 号
平成 18 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

厚生労働省老健局振興課長

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

今般、介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）第 83 条の 9（介護予防サービス費の支給の要件）第 1 号において、指定介護予防サービス（介護予防居宅療養管理指導及び介護予防特定施設入居者生活介護を除く。）を受ける場合であって、指定介護予防支援等を受けることにつきあらかじめ市町村に届け出る際の届出の標準様式（介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書）及び同令第 85 条の 2（地域密着型介護予防サービス費の支給の要件）第 2 号において、介護予防小規模多機能型居宅介護を受けることにつきあらかじめ市町村に届け出る際の届出の標準様式（介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書（介護予防小規模多機能型居宅介護））について、別紙 1 及び別紙 2 のとおり定めたので、御承知の上、管内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その運用に遺憾のないようにされたい。

なお、当該様式の届出は、指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 36 号）第 64 条において準用する第 11 条（内容及び手続の説明及び同意）又は指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 37 号）第 4 条（内容及び手続の説明及び同意）に基づき届け出られるものであることを、念のため、申し添える。

介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

別紙 1

		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	
介護予防サービス計画作成を依頼（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	
介護予防支援事業所番号		サービス開始（変更）年月日	
		年 月 日	
介護予防支援事業所等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。			
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	
居宅介護支援事業所番号		サービス開始（変更）年月日	
		年 月 日	
居宅介護支援事業所等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。			
○○市（町村）長 様 上記の介護予防支援事業者へ介護予防サービス計画作成を依頼することを届け出ます。 年 月 日 〒 住 所 被保険者 電話番号 氏 名			
介護予防サービス計画作成を依頼（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。 年 月 日 氏名			
（注意） 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、又は介護予防サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに○○市（町村）へ提出してください。 2 介護予防サービス計画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上、必ず○○市（町村）へ届け出てください。届出のない場合、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。			
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"/> 介護予防支援事業者事業所番号	

介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書（介護予防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	
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防小規模多機能型居宅介護事業者			
介護予防小規模多機能型 居宅介護事業所名		介護予防小規模多機能型 居宅介護事業所の所在地	
		〒	
		電 話 番 号	
事業所番号		サービス開始（変更）年月日	
		年 月 日	
介護予防小規模多機能型居宅介護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。			
介護予防小規模多機能型居宅介護等の利用開始月における介護予防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の利用前の介護予防サービス（介護予防居宅療養管理指導及び介護予防特定施設入居者生活介護を除く。）及び地域密着型介護予防サービス（介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防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。	
<input type="checkbox"/> 介護予防サービス等の利用あり（利用したサービス：_____）			
<input type="checkbox"/> 介護予防サービス等の利用なし			
〇〇市（町村）長 様			
上の介護予防小規模多機能型居宅介護事業者に介護予防サービス計画作成を依頼することを届出します。			
年 月 日			
〒			
住 所			
被保険者		電話番号	
氏 名			
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防小規模多機能型居宅介護事業者が介護予防小規模多機能型居宅介護の提供に当たり、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介護予防小規模多機能型居宅介護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 _____			
(注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、又は介護予防サービス計画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作成を依頼する介護予防小規模多機能型居宅介護事業者を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず〇〇市（町村）へ届け出てください。			
届出のない場合、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。			
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"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号	

老企発第31号
平成11年12月8日

各 都道府県 介護保険主管部（局）長殿

厚生省老人保健福祉局企画課長

居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書の様式について

今般、介護保険法施行規則(平成11年3月31日厚生省令第36号)第64条(居宅介護サービス費の代理受領の要件)第1項において、指定居宅サービス(居宅療養管理指導及び特定施設入所者生活介護を除く。)を受ける場合であって、指定居宅介護支援等を受けることにつきあらかじめ市町村に届け出る際の届出の標準様式(居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書)について別紙のとおり定めたので、御承知の上、管下市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その運用に遺憾のないようにされたい。

なお、当該様式の届出は、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第38号)第4条(内容及び手続の説明及び同意)に基づき届け出られるものであることを、念のため、申し添える。

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)			
○○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	<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事業所番号		

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○○市（町村）へ提出してください。
- 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○○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。

老振発第 0331010 号
平成 18 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

厚生労働省老健局振興課長

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

今般、介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）第 83 条の 9（介護予防サービス費の支給の要件）第 1 号において、指定介護予防サービス（介護予防居宅療養管理指導及び介護予防特定施設入居者生活介護を除く。）を受ける場合であって、指定介護予防支援等を受けることにつきあらかじめ市町村に届け出る際の届出の標準様式（介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書）について別紙のとおり定めたので、御承知の上、管内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その運用に遺憾のないようにされたい。

なお、当該様式の届出は、指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 37 号）第 4 条（内容及び手続の説明及び同意）に基づき届け出られるものであることを、念のため、申し添える。

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)									
○○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		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号							

介護予防サービス計画作成を依頼（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作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに○○市（町村）へ提出してください。
 2 介護予防サービス計画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○○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。