

事 務 連 絡
平成 年 月 日

様

小金井市福祉保険部

介護福祉課長

(公印省略)

居宅介護サービス計画を自己作成する場合の
スケジュールについて

平素より当市の介護保険行政につきましては、格段のご配慮を賜り厚く御礼申し上げます。

お問い合わせのありました自己作成についてのスケジュール表を送付いたします。自己作成は、利用前（計画）・利用後（実績）の2回、第7表、第8表の書類提出が必要となります。

なお、初回においては第1表から第3表、第7表、第8表と居宅サービス作成依頼届出書の提出をお願いしています。

また、事業所番号、サービスコード、単位数等については、WAMNET (<http://www.wam.go.jp>)や介護情報BANK (http://www.kaigobank.jp/qa_menu.html)を参考にしてください。

わからない点等ございましたら、お気軽にお問い合わせください。

その他に1表~3表、7表8表
を渡すこと。

マニュアルと云えるもの
ではありませんが、相談を
受ける際には口頭で詳細
に説明いたします。

問い合わせ先

小金井市福祉保健部介護福祉課

介護保険係

電話 042-387-9822

居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書

この届出項目は、電子計算組織に記録されます。
太枠内をご記入ください。

区分	契約日等
新規	年 月 日付
変更	年 月 1 日付

被 保 険 者 氏 名	被 保 険 者 番 号		
フリガナ			
	生 年 月 日	性 別	
	明・大・昭・西暦	男・女	
	年 月 日		
居宅サービス計画作成を依頼(変更)する事業者			
事業所名	所在地	事業者確認欄	
	〒		
居宅介護支援事業者事業所番号	電話番号		
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。			
① 変更事由			
② 変更前事業所との日付調整等(済・未)			
(あて先)小金井市長		(被保険者記入欄)	
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出します。			
年 月 日			
被保険者 住 所			
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、居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに小金井市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事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず小金井市に届け出してください。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。
- 3 契約日とは、ケアプラン依頼(契約)日となり、サービス開始日以前の日付が原則です。

(※小金井市記入欄)	月 日受領			
被 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"/> 被保険者証(有・無)			
	処理区分	保留	月 日新規申請	同意書(有・無)
		入力日		確認 <input type="checkbox"/>

居宅サービス計画作成依頼の書き方

居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書

この届出項目は、電子計算組織に記録されます。
太枠内をご記入ください。

区分	契約日等
新規	年 月 日付
変更	平成19年12月1日付

被保険者氏名	被保険者番号																																								
フリガナ カイゴ タロウ	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;">1</td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;">2</td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;">3</td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;">4</td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;">5</td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;">6</td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;">7</td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;">8</td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;">9</td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;">0</td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center;">生年月日</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">性別</td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center;">明・(大)・昭・西暦</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">(男)・女</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">10年10月10日</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	生年月日								性別		明・ (大) ・昭・西暦								(男) ・女		10年10月10日									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0																																
生年月日								性別																																	
明・ (大) ・昭・西暦								(男) ・女																																	
10年10月10日																																									
介護 太郎																																									

居宅サービス計画作成を依頼(変更)する事業者												
事業所名	所在地	事業者確認欄										
自己作成	〒											
居宅介護支援事業者事業所番号	電話番号											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;">□</td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;">□</td> </tr> </table>	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□		
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□			

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。

① 変更事由

② 変更前事業所との日付調整等(済 ・ 未)

(あて先)小金井市長 (被保険者記入欄)

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出します。

平成 19 年 12 月 1 日

被保険者 住 所 **小金井市本町6-6-3**

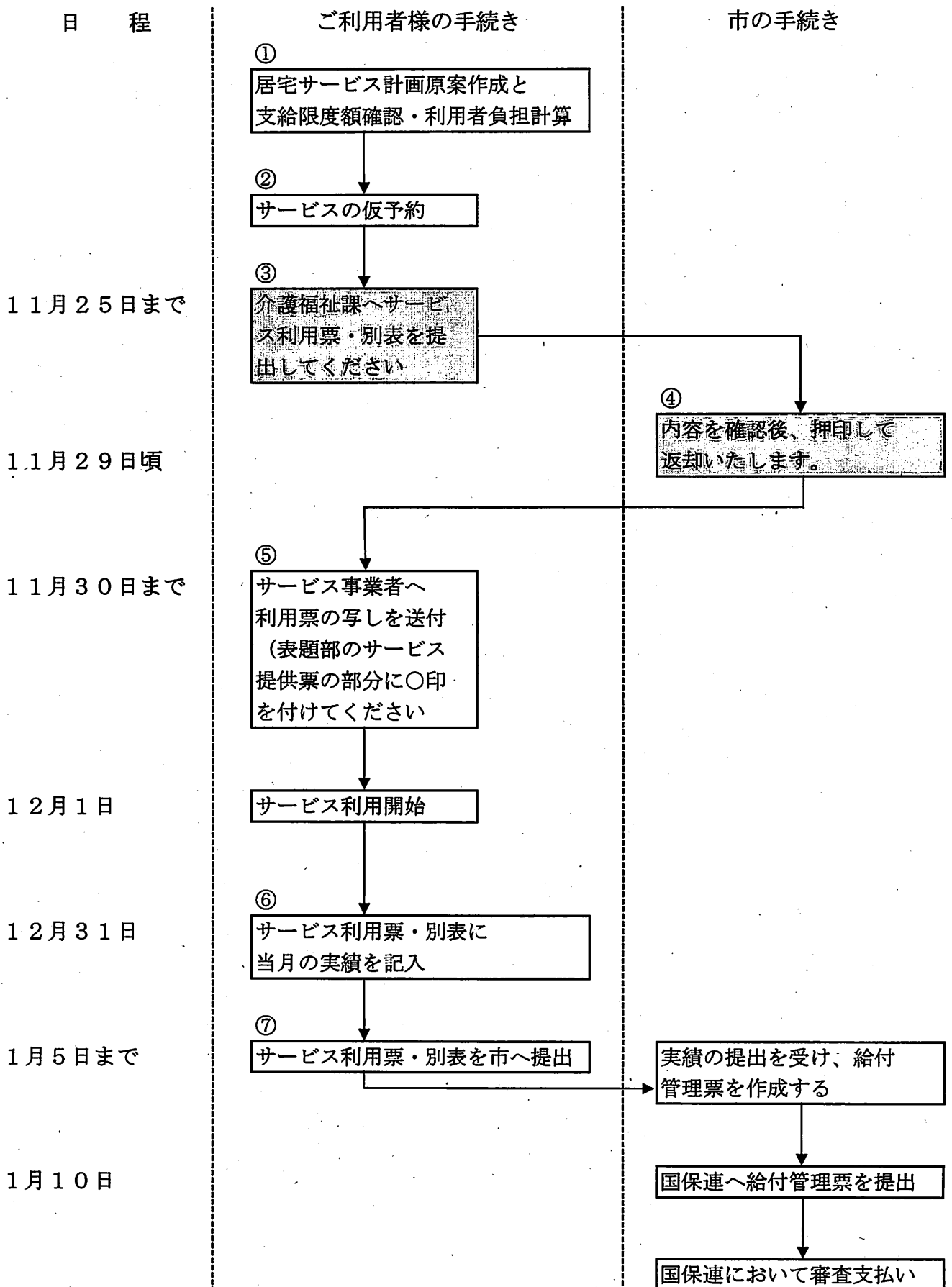
氏 名 **介護 太郎**

電話番号 **042-387-9804**

- (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(ケアプラン)の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに小金井市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事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず小金井市に届け出してください。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。
- 3 日付欄は、サービス開始日以前の日付が原則で、通常、ケアプラン依頼(契約)日となります。

(※小金井市記入欄) 保険者確認欄	月 日受領			
	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複	<input type="checkbox"/> 被保険者証(有・無)	
	処理区分	保留	月 日新規申請	同意書(有・無)
	入力日		確認	<input type="checkbox"/>

「居宅サービス計画」自己作成の流れ（例：12月サービス提供分）



注意事項

- ① 区分支給限度基準額内であるかご注意ください。
- ② サービス事業者へ直接お申し込みください。その際に事業所番号・サービス内容/種類・サービスコード・単位数等の確認をしてください。
- ③ サービス利用票と別表ができましたら、内容を確認いたしますので、サービス利用月の前月の25日頃までに市役所介護福祉課にご提出してください。
- ④ 内容を確認後、確認印を押印してご返却いたします。
介護福祉課の窓口にご提出の際には、その場で押印をしてご返却いたします。
郵送にてご提出いただいた場合、郵送にてご返却いたしますので、その分日数が掛かります。
- ⑤ サービス事業者へサービス利用票の写しを送付してください。
その際に、表題部のサービス提供票に○印を付け、サービス提供票としてお使いください。
- ⑥ 1ヵ月のサービス利用が終わり実績が確定しましたら、サービス利用票・別表に、その月の利用実績を記入してください。
- ⑦ 記入されましたら、サービス利用月の翌月の5日までにサービス利用票・別表を市役所介護福祉課へ提出してください。
期限までにご提出のない場合、サービス事業者からの請求はエラーとなります。