

※青枠内が記入必須欄です

居宅介護サービス計画

第19号様式（第23条、第38条の2関係）

郡山市居宅・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・廃止）届出書

届出区分	被保険者氏名	被保険者番号	<input type="checkbox"/> 郡山市 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input checked="" type="checkbox"/> 新規	フリガナ コオリヤマ タロウ 郡山 太郎	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	
<input type="checkbox"/> 変更	要介護等認定区分	生 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 廃止	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護 1～5 <input type="checkbox"/> 要支援 1、2 <input type="checkbox"/> 事業対象者	昭 和 5 年 1 月 1 日	

居宅・介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼（変更・廃止）する事業者

事業者の事業所名	事業所の所在地
事業所名	〒 963-XXXX 郡山市〇〇町〇〇一丁目123
契約等の発効（失効）年月日	※サービス事業対象者の場合は確認を受けた日
R 7 年 12 月 15 日	電話番号 024 (XXX) XXXX
介護保険事業所番号	0 7 X X X X X X X X

事業所を変更・廃止する場合（※変更・廃止の場合、記入してください。）

<input type="checkbox"/> 介護給付（要介護） <input type="checkbox"/> 予防給付（要支援） ため。 <input type="checkbox"/> 利用者の希望のため <input type="checkbox"/> サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他（ ）	契約日ではなく、サービス利用を開始した日をご記入ください。 ※例：R〇.5.31までA事業所、R〇.6.1 からB事業所がサービスを提供する場合で、B事業所と被保険者の契約日が5/20だった場合、契約等の発効年月日は「R〇年6月1日」としてください。	者）となった
小規模多機能型居宅介護 多機能型居宅介護利用 サービス等の利用有無	※サービス事業対象者の場合は確認を受けた日	機能型居宅介護利用 管理指導及び特定施 （定期巡回・随時対 型通所介護及び認知
<input type="checkbox"/> 利用あり（利用したサービス： ）	<input type="checkbox"/> 利用なし	

郡山市長
（いずれかにチェック）

☒ 上記の居宅介護支援事業所等に、居宅介護サ
☐ 上記の介護予防支援事業所（地域包括支援セ
介護予防ケアマネジメントを依頼することを届
☐ 上記の居宅介護支援事業所等・介護予防支援事業所（地域包括支援センター）との契約を廃止することを届け出ます。

届出欄のチェック漏れ、被保険者氏名の
記入漏れにご注意ください。
※「被保険者」名は被保険者本人の氏名
をご記入ください。

令和 7 年 12 月 15 日 被保険者 住 所 **郡山市朝日一丁目 23-7**
氏 名 **郡 山 太 郎**
電話番号 **XXX (XXXX) XXXX**

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複
--------	---------------------------------	--------------------------------

備考 1 太線枠内を記入してください。
2 この届出書は、居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメント（以下「居宅サービス計画等」という。）の作成を依頼する事業所が決まり次第、郡山市に提出してください。ただし、要介護等新規申請や区分変更申請で要介護度が確定していない場合は、原則として認定日以降に提出してください。なお、更新の申請の際、居宅サービス計画等の作成を依頼している事業所に変更がない場合は、再度この届出書を提出する必要はありません。
3 居宅サービス計画等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、必ず郡山市に届出してください。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。

※青枠内が記入必須欄です

介護予防サービス計画

第19号様式（第23条、第38条の2関係）

郡山市居宅・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・廃止）届出書

届出区分	被保険者氏名	被保険者番号	<input type="checkbox"/> 郡山市 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input checked="" type="checkbox"/> 新規	フリガナ コオリヤマ タロウ 郡山 太郎	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	
<input type="checkbox"/> 変更	要介護等認定区分	生 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 廃止	<input type="checkbox"/> 要介護 1～5 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援 1、2 <input type="checkbox"/> 事業対象者	昭 和 5 年 1 月 1 日	

居宅・介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼（変更・廃止）する事業者

事業者の事業所名	事業所の所在地
事業所名	〒963-XXXX 郡山市〇〇町〇〇一丁目123
契約等の発効（失効）年月日	※サービス事業対象者の場合は確認を受けた日
R 7 年 12 月 15 日	電話番号 024(XXX) XXXX
介護保険事業所番号	0 7 X X X X X X X X

事業所を変更・廃止する場合

- ☐ 介護給付（要介護）
☐ 予防給付（要支援）
ため。
☐ 利用者の希望のため
☐ サービスを利用し
☐ その他（ ）

契約日ではなく、サービス利用を開始した日をご記入ください。

※例：R〇.5.31までA事業所、R〇.6.1からB事業所がサービスを提供する場合で、B事業所と被保険者の契約日が5/20だった場合、契約等の発効年月日は「R〇年6月1日」としてください。

小規模多機能型居宅介護
多機能型居宅介護利用開
サービス等の利用有無

症対応型共同生活介護（短期利用）、地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用）に限る。）を記入してください。

☐ 利用あり（利用したサービス：

） ☐ 利用なし

郡山市長

（いずれかにチェック）

☐ 上記の居宅介護支援事業所等に、居宅介護サービス

☒ 上記の介護予防支援事業所（地域包括支援センター）
介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け

☐ 上記の居宅介護支援事業所等・介護予防支援事業所（地域包括支援センター）との契約を廃止することを届け出ます。

令和 7 年 12 月 15 日

被保険者 住 所 郡山市朝日一丁目 23-7

氏 名 郡 山 太 郎

電話番号 XXX (XXXX) XXXX

届出欄のチェック漏れ、被保険者氏名の記入漏れにご注意ください。

※「被保険者」名は被保険者本人の氏名をご記入ください。

保険者確認欄

☐ 被保険者資格

☐ 届出の重複

- 備考
- 太線枠内を記入してください。
 - この届出書は、居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメント（以下「居宅サービス計画等」という。）の作成を依頼する事業所が決まり次第、郡山市に提出してください。ただし、要介護等新規申請や区分変更申請で要介護度が確定していない場合は、原則として認定日以降に提出してください。なお、更新の申請の際、居宅サービス計画等の作成を依頼している事業所に変更がない場合は、再度この届出書を提出する必要はありません。
 - 居宅サービス計画等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、必ず郡山市に届出してください。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。

※青枠内が記入必須欄です

小規模多機能型居宅介護

第19号様式（第23条、第38条の2関係）

郡山市居宅・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・廃止）届出書

届出区分	被保険者氏名	被保険者番号	<input type="checkbox"/> 郡山市 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input checked="" type="checkbox"/> 新規	フリガナ コオリヤマ タロウ 郡山 太郎	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	
<input type="checkbox"/> 変更	要介護等認定区分	生 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 廃止	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護1～5 <input type="checkbox"/> 要支援1、2 <input type="checkbox"/> 事業対象者	昭和 5 年 1 月 1 日	

居宅・介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼（変更・廃止）する事業者

事業者の事業所名

事業所の所在地

事業所名

〒 963-XXXX

郡山市〇〇町〇〇一丁目123

契約等の発効（失効）年月日

※サービス事業
対象者の場合は
確認を受けた日

R 7 年 12 月 15 日

電話番号 024 (XXX) XXXX

介

契約日ではなく、サービス利用を開始した日をご記入ください。

※例：R〇.5.31までA事業所、R〇.6.1からB事業所がサービスを提供する場合、B事業所と被保険者の契約日が5/20だった場合、契約等の発効年月日は「R〇年6月1日」としてください。

7 X X X X X X X X

変更・廃止の場合、記入してください。）

事業

給

た

た

た

た

た

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利用開始月の居宅サービス等の利用有無

※ 月途中

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

の始末

月途中でサービス利用を開始した場合は必ずご記入ください。

※「利用あり」の場合は、居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所が給付管理票を作成します。

※請求に関係します。ご注意ください。

☐ 利用あり（利用したサービス：

） ☒ 利用なし

郡山市長

（いずれかにチェック）

☒ 上記の居宅介護支援事業所等に、居宅介護サービス

☐ 上記の介護予防支援事業所（地域包括支援セン

護予防ケアマネジメントを依頼することを届け

☐ 上記の居宅介護支援事業所等・介護予防支援事業所（地域包括支援センター）との契約を廃

止することを届け出ます。

届出欄のチェック漏れ、被保険者氏名の記入漏れにご注意ください。

※「被保険者」名は被保険者本人の氏名をご記入ください。

令和 7 年 12 月 15 日

被保険者

住 所

郡山市朝日一丁目 23-7

氏 名

郡 山 太 郎

電話番号 XXX (XXXX) XXXX

保険者確認欄

☐ 被保険者資格

☐ 届出の重複

備考

- 太線枠内を記入してください。
- この届出書は、居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメント（以下「居宅サービス計画等」という。）の作成を依頼する事業所が決まり次第、郡山市に提出してください。ただし、要介護等新規申請や区分変更申請で要介護度が確定していない場合は、原則として認定日以降に提出してください。なお、更新の申請の際、居宅サービス計画等の作成を依頼している事業所に変更がない場合は、再度この届出書を提出する必要はありません。
- 居宅サービス計画等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、必ず郡山市に届出してください。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。

※青枠内が記入必須欄です

廃止の届出

第19号様式（第23条、第38条の2関係）

郡山市居宅・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・廃止）届出書

届出区分	被保険者氏名	被保険者番号	<input type="checkbox"/> 郡山市 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 新規	フリガナ コオリヤマ タロウ 郡山 太郎	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	
<input type="checkbox"/> 変更	要介護等認定区分	生 年 月 日	
<input checked="" type="checkbox"/> 廃止	<input type="checkbox"/> 要介護1～5 <input type="checkbox"/> 要支援1、2 <input type="checkbox"/> 事業対象者	昭 和 5 年 1 月 1 日	

居宅・介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼（変更・廃止）する事業者

事業者の事業所名	事業所の所在地
事業所名	〒 963-XXXX 郡山市〇〇町〇〇一丁目123
契約等の発効（失効）年月日	※サービス事業対象者の場合は確認を受けた日 電話番号 024 (XXX)XXXX
R 7 年 12 月 15 日	0 7 X X X X X X X X
介護保険事業所番	
事業所を変更・廃止した理由	最後にサービスを利用した日をご記入ください。 ※サービス提供終了日の翌日をご記入いただいた場合、次に利用する事業所のサービス開始日と重複してしまう場合があります。日付が重複する登録はできませんので、ご注意ください。
<input type="checkbox"/> 介護給付（要介護） <input type="checkbox"/> 予防給付（要支援）のため。 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の希望のため。 <input type="checkbox"/> サービスを利用しなくなった。 <input type="checkbox"/> その他（ ）	となった

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利用開始月の居宅サービス等の利用有無

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利用開始月の居宅サービス等の利用有無
（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していた居宅サービス（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（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、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）、地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用）に限る。）を記入してください。）

☐ 利用あり（利用したサービス： ） ☐ 利用なし

郡山市長

（いずれかにチェック）

☐上記の居宅介護支援事業所等に、居宅介護サービス

☐上記の介護予防支援事業所（地域包括支援センター）の介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け

☒上記の居宅介護支援事業所等・介護予防支援事業所（地域包括支援センター）との契約を廃止することを届け出ます。

令和7年12月15日 被保険者 住所 郡山市朝日一丁目23-7

氏名 郡山 太郎

電話番号 XXX (XXXX) XXXX

届出欄のチェック漏れ、被保険者氏名の記入漏れにご注意ください。

※「被保険者」名は被保険者本人の氏名をご記入ください。

保険者確認欄

☐ 被保険者資格

☐ 届出の重複

- 備考
- 太線枠内を記入してください。
 - この届出書は、居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメント（以下「居宅サービス計画等」という。）の作成を依頼する事業所が決まり次第、郡山市に提出してください。ただし、要介護等新規申請や区分変更申請で要介護度等が確定していない場合は、原則として認定日以降に提出してください。なお、更新の申請の際、居宅サービス計画等の作成を依頼している事業所に変更がない場合は、再度この届出書を提出する必要はありません。
 - 居宅サービス計画等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、必ず郡山市に届出してください。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。