|  |
| --- |
| 適 用 開 始 年 月 日 |
|  |

**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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |  | |  |
|  | | | | | |
| 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）する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者の事業所名 | |  | | | 事業所の所在地 | | | | | | | | 〒　　　　－ | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □予防から介護  □その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  変更年月日（　　　　　年　　月　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 竹　原　市　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出します｡  　　　　　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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |

（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事業所が決まり次第、速やかに竹原市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事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず竹原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。