

# 居宅サービス計画等作成依頼（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							
		生 年 月 日	性 別				
		明・大・昭 年 月 日	男・女				
居宅サービス計画等の作成を依頼（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。					
		変更年月日 ( 年 月 日付)					
石 巻 市 長 様  上記の <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="3" style="font-size: 4em; vertical-align: middle;">}</td> <td>居宅介護支援事業者</td> </tr> <tr> <td>介護予防支援事業者</td> </tr> <tr> <td>小規模多機能型居宅介護支援事業者 (居宅サービス等の利用 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無)</td> </tr> </table> に居宅サービス計画等の作成を依頼することを届出します。 ※ 該当する事業者を○で囲んでください。				}	居宅介護支援事業者	介護予防支援事業者	小規模多機能型居宅介護支援事業者 (居宅サービス等の利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
}	居宅介護支援事業者						
	介護予防支援事業者						
	小規模多機能型居宅介護支援事業者 (居宅サービス等の利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)						
平成 年 月 日							
被 保 険 者 住 所		電話番号					
被 保 険 者 氏 名		⑩					
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等事業所番号					

(注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画等の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに石巻市介護保険課へ提出してください。

2 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うえ、必ず石巻市介護保険課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。