

# 居宅サービス計画等作成依頼（変更）届出書

<table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">区 分</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">新規・変更</td> </tr> </table>										区 分	新規・変更			
区 分														
新規・変更														
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号									
カガナ														
					個 人 番 号									
					生 年 月 日				性 別					
					明・大・昭 年 月 日				男・女					
居宅サービス計画等の作成を依頼（変更）する事業者														
事業者の事業所名				事業者の所在地 〒										
				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)														
<p style="text-align: center;">様</p> <p>上記の { 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) } 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。</p> <p style="text-align: center;">※ 該当する事業者を○で囲んでください。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>被 保 険 者 住 所 電話番号</p> <p style="text-align: right;">氏 名 (印)</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。
- 3 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。