

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 | |
| フリガナ | | | |
| | | 個 人 番 号 | |
| | | | |
| | | 生 年 月 日 | 性 別 |
| | | 明・大・昭 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 | 事業所の所在地 | | 〒 |
| | | | |
| | 電話番号 | | （ ） |
| 事業所を変更する場合の理由等 | ※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） | | | |
| 都留市長 様 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 住 所 被保険者 氏 名 電話番号 （ ） | | | |
| 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事業所番号 | | |
| | | | |
| 居宅サービス計画作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者が居宅介護支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医 I 意見書を当該居宅介護支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。 <p style="text-align: center;">_____ 年 月 日 氏名 _____</p> | | | |

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに都留市福祉保健部長寿介護課介護保険担当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、必ず都留市福祉保健部長寿介護課介護保険担当に届出てください。届け出のない場合、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。