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 | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | | | 0 | | |  | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 明・大・昭　　　　　　　年　 　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所名 | | | | | | | |  | | | | 居宅介護支援事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | 電話番号　：　　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所番号 | | | | | | | | | | | | サービス開始（変更）年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  | 令和　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※変更する場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 香芝市長　様  　　　上記の居宅介護（予防）支援事業者等に居宅介護（予防）サービス計画の作成または介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。  また、居宅サービス計画の作成を依頼（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・要支援認定に係る調査内容、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。  　　令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | | 住所  本人署名  （代筆者署名）　　　　　　　　　　（続柄） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、居宅介護（予防）サービス計画の作成または介護予防ケアマネジメントを依頼する事業

所等が決まり次第速やかに香芝市に提出してください。

２　居宅介護（予防）サービス計画の作成または介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等を変更する

ときは、変更年月日を記入のうえ、必ず香芝市へ届け出てください。

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。

３　個人番号の記載が無い場合は、職員が住民基本台帳等の確認を行ったうえで、個人番号欄に補記します。