

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											
生年月日		性別		個人番号							
明・大・昭											
年 月 日											
居宅サービス計画等（注1）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 （令和 年 月 日付）							
小林市長 様 上記の居宅介護（予防）支援事業者に居宅サービス計画等の作成を依頼することを届け出します。 令和 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（予防）支援事業者事業所番号							

居宅サービス計画等の作成を依頼（変更）する居宅介護（予防）支援事業者が居宅介護（予防）支援又は介護予防ケアマネジメントの提供を行うにあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係わる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書及び基本チェックリスト記入内容を当該居宅介護（予防）支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。また、介護予防支援に引き続いて介護予防ケアマネジメントの提供を受けることになった際も、上記と同様の情報を提供することに同意いたします。

令和 年 月 日 氏名 _____

- 注1 居宅サービス計画等：居宅サービス計画、介護予防サービス計画、介護予防サービス・支援計画の総称です。
- 注2 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市町村に提出してください。
- 注3 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、必ず市町村に届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担をしていただくことがあります。