居宅（介護予防）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 | | | | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | | | | 性　　別 | | | |
| 明・大・昭 年　　月　　日 | | | | | | | | 男・女 | | | |
| 居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者  ＊要支援1・2の場合は、担当の包括支援センター名を記入して下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者の事業所名・事業所番号 | | | | | | | | | | | | 事業所の所在地・電話番号 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | 〒  　　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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 北　山　村　長　　殿  　　　上記の居宅介護（介護予防）支援事業者に居宅（介護予防）サービス計画の作成を  依頼することを届出します｡  　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　被保険者  　　　　　　　　　氏　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | | | □被保険者資格　□届出の重複　□居宅介護（介護予防）支援事業者事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注意）１　この届出書は、要介護（要支援）認定の申請時に、若しくは､居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに北山村役場住民福祉課介護保険係へ提出してください。

　　　　２　居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業所又は介護予防支援を受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、北山村役場住民福祉課介護保険係に届け出して下さい。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。