

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					
					明・大・昭 年 月 日					
居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼（変更）する事業所										
事業所名					事業所の所在地					
					〒					
					電話番号					
担当者氏名										
事業所番号										
事業所を変更する場合の事由等										
事由（事業所を変更または終了する場合に記入してください。）										
<p>変更年月日 年 月 日 ※サービス開始または終了の年月日を記入してください。</p>										
<p>我孫子市長あて</p> <p>上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届出します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>住 所：</p> <p>被保険者氏名：</p> <p>電 話 番 号：</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"/> 被保険者証発行 <input type="checkbox"/> 端末入力								
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日 氏名</p>										

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時又は、居宅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我孫子市高齢者支援課へ提出してください。
- 2 居宅サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記載のうえ、必ず我孫子市高齢者支援課に届出てください。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。