

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 名					個 人 番 号									
フリガナ カイゴ タロウ					9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
介護 太郎					被 保 険 者 証 番 号									
生年月日	明・大 昭 20年10月10日				9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
居宅介護支援事業者または小規模多機能型居宅介護支援事業者または看護小規模多機能型居宅介護事業者														
事業者番号	0	4	7	7	7	7	7	7	7	事業者の所在地 〒 980-0000				
事業所名 △△居宅介護支援事業所										仙台市青葉区△△町△丁目△番△号				
										電話番号 022 (222) 2222				
事業所を変更する場合の事由 ※事業所を変更する場合のみ記入してください。														
小規模多機能型居宅介護 または 看護小規模多機能型居宅介護 の 利用開始月における居宅サービス等の利用の有無 ※ 居宅介護支援事業所で給付管理票を作成するサービスの利用について記入してください。										<input type="checkbox"/> 下記サービスの利用あり ・ 居宅サービス（居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く） ・ 認知症対応型通所介護 ・ 夜間対応型訪問介護 ・ 地域密着型通所介護 ・ 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> サービスの利用なし				
適用年月日 (いつからのサービス計画作成依頼するのか記載)										令和 ○年 ○月 ○日から適用する。				
(あて先) 仙台市区長 様														
上記の居宅介護支援事業者・小規模多機能型居宅介護事業者・看護小規模多機能型居宅介護事業者に、居宅サービス計画の作成を依頼することを届出します。 令和 ○年 ○月 ○日 住所 仙台市青葉区国分町3丁目7番1号 被保険者 電話番号 022 (214) 5225 氏名 介護 太郎														

届出に來られた方 ※上記被保険者(本人)の場合は記入する必要はありません。										被保険者との関係				
住所 仙台市青葉区国分町3丁目7番1号										家族 代理人				
電話番号 022 (214) 5225										事業者				
氏名 介護 花子										その他()				

※本人以外が個人番号の記載された当該申請を行う場合は、被保険者本人の被保険者証、健康保険証の原本、又は委任状等が必要となります。

処理欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 特記事項確認	收受 (受理区)	收受 (所管区)
	<input type="checkbox"/> 番号確認(個人番号カード・通知カード・住民票) <input type="checkbox"/> 身元確認(運転免許証・被保険者証・健康保険証・年金手帳・その他)		

- (注意) 1 この届出書は、居宅サービス計画の作成を依頼する事業者が決まり次第すみやかに提出してください。
 2 居宅サービス計画の作成を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず届出をしてください。
 届出のない場合、いったんサービスにかかる費用の全額を自己負担していただく場合があります。
 3 届出の際は、介護保険被保険者証または介護保険資格者証を添えて提出してください。