

届出に当たっての留意事項

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	オオサト ハナコ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
大里 花子		個 人 番 号									
		生 年 月 日									
居宅サービス計画作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者名		電話番号									
〇〇居宅 介護支援事業所		〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇									
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									
居宅介護支援事業者を変更する場合の理由等		※変更する場合は、変更日を記入してください。									
届出書を提出する日を記入してください。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画作成の開始日（契約の開始日等）を記入してください。</li> <li>・事業者を変更する場合は、変更日を記入してください。</li> <li>・介護保険被保険者証には、この日付が記載されます。</li> </ul>									
大里広域市町村圏組合管理センター		<ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者の氏名を記入してください。</li> <li>・被保険者本人が自署できない場合に、御家族等による代筆での作成は可です。代筆した御家族等の氏名及び被保険者との関係をこの欄の余白に記入してください。</li> </ul>									
上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画作成を依頼することを届出します。											
令和○年 ○○月 ○○日											
〒〇〇〇-〇〇〇〇											
住 所 熊谷市曙町〇丁目〇番地											
被保険者											
氏 名 大里 花子											
居宅サービス計画作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者が居宅介護支援の提供に当たり、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・意見及び主治医師の同意を得る必要があり、居宅サービス計画作成に必要と認められる範囲で提示することに同意します。		同意した日を記入してください。									
		令和 ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日 氏名 大里 花子									

※この届出書と一緒に提出していただく物  
**最新の介護保険被保険者証又は介護保険資格者証（介護保険暫定被保険者証）**

※受付場所  
 ・大里広域市町村圏組合介護保険課  
 ・熊谷市、深谷市又は大里郡寄居町の各介護保険事務所（市役所、町役場、熊谷市の各行政センター及び深谷市の各総合支所の介護保険担当部署で取り扱っております。）

※記入した事項を修正する場合は、修正液、修正テープ等を使用せず、二重取消線で修正してください。

※この届出書は、居宅介護支援事業者から、居宅サービス等の利用に関して必要となる居宅サービス計画作成その他の居宅介護支援サービスを受けるときに、提出していただくものです。