

## 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	
カガナ	〇 〇	
	個 人 番 号	
	生 年 月 日	
	大 ・ 昭	
	年 月 日	
居宅サービス計画作成を依頼（変更）する事業者		
居宅介護支援事業所名	事業所の所在地	〒 ー
事業所番号	電話番号 ( )	
居宅介護支援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下さい	
<p>中能登町長 上記の居宅介護支援事業者に 令和 年 月 日から 居宅サービス計画作成を依頼することを届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>被保険者 住所</p> <p style="text-align: right;">電話番号 ( )</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">(代筆者) (続柄 )</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"/> 事業所番号	
	<input type="checkbox"/> 個人番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 担当確認	
	<input type="checkbox"/> 身元確認( ) <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他( )	

※小規模多機能型居宅介護支援事業所を利用する場合のみ記入してください。

<p>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の利用の有無</p> <p>小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス（居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く）及び地域密着型サービス（夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護（短期利用型）に限る）の利用の有無を記入して下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅サービスの利用あり（利用したサービス： )</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅サービスの利用なし</p>
--

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画作成を依頼する事業者が決まり次第速やかに中能登町長寿福祉課へ提出してください。
- 2 居宅サービス計画作成を依頼する事業者を変更するときは、変更事由及び計画作成開始(変更)年月日を記入のうえ、必ず中能登町長寿福祉課まで届け出て下さい。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。
- 3 届出時には 被保険者証、個人番号が確認できる書類、提出者の身元確認書類を提示して下さい。