|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | | | | 性別 | | | | |
| 明・大・昭  　　年　　　月　　　日 | | | | | | | 男　・　女 | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所名 | |  | 居宅介護支援事業所  の所在地 | | | | | | 〒 | | | | | | |
|  | | | 電話番号　　　　　　（　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 事業所を変更する場合の事由等 | | | ※変更する場合のみ記入して下さい。 | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日（　　　　　　年　　　月　　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 稲敷市長　様  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け出します。  介護サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査  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居宅介護支援事業者、居宅  サービス事業者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 住所 | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号　　　　　　　（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | □ 被保険者資格　　　□ 届出の重複  □ 居宅介護支援事業者事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（注意）　１　この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画の作成を依頼する居宅介護支援事業所が決まり次第

速やかに稲敷市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、必ず稲敷市に届け

出てください。届け出のない場合、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。