

介護保険 居宅（介護予防）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		個 人 番 号	
フリガナ			
		被 保 険 者 番 号	
		生 年 月 日	性 別
		年 月 日	
居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者			
事業所名		事業所の所在地	〒
電話番号 ( )			
介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援を受託する場合のみ記入してください。			
事業所名		事業所の所在地	〒
電話番号 ( )			
事業所を変更する場合の理由等	※事業所を変更する場合のみ記入してください。		
	変更年月日 ( 年 月 日付)		
砂川市長 様 上記の居宅介護（介護予防）支援事業者に居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。 年 月 日 住 所 電話番号 ( ) 被保険者 氏 名			
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"/> 居宅介護支援事業者事業所番号		

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当たり、被保険者の状況を把握する必要があるときは、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。

\_\_\_\_\_年 月 日 氏名\_\_\_\_\_

- (注意) 1 この届出書は、要介護（支援）認定の申請時に、若しくは、居宅（介護予防）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市へ提出してください。
- 2 居宅（介護予防）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、変更年月日を記入の上、必ず市へ届け出てください。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。