居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書　**（申請書番号　28）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | | | | | | |
| 新規　・ 変更 | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | 性　別 | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | | | | | | | | 明・大・昭  年　 月　日 | | | | | | | | | | | | | | | 男　・　女 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  | | |  |  | |  | |  | | |  | |  |  | |  | | |  | | |  |  | |  | |
| 居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者の事業所名 | | | | | |  | | | | | | | 事業所の所在地 | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所を変更する場合の事由等 | | | | | | | | | | | ※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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 岬町長 宛  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出します｡  届出日　　　　年月　日  開始年月日（　　　　　年　　月　日）  　　　　　　　　　　　住　所  　　　被保険者　　電話番号  　　　　　　　　　　　氏　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | | | 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事業所が決まり次第速やかに岬町　　　　　　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事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず岬町

に届け出してください。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。

※介護保険被保険者証を必ず添付してください。

※本人、同居の家族以外が提出する場合は、委任状が必要です。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付 | 資格確認 | 重複確認 | 入力 | 事業者通知 | 保険証記載 |  |
| 1. 認定済 　２.更新中　３．新規申請中 ４．区分変更中 ５．期限切新規申請中 （認定申請日 ） | | | | | | |