

# 居宅サービス（介護予防）計画作成依頼（変更）届出書

|   |   |                    |           |
|---|---|--------------------|-----------|
|   |   | 区分                 |           |
|   |   | 新規 ・ 変更            |           |
|   |   | 個人番号               |           |
|   |   |                    |           |
| 被 保 険 者 氏 名   |   | 被 保 険 者 番 号        |           |
| フリガナ  |   | 4 0 6 0 0          |           |
|   |   | 生 年 月 日            |           |
|   |   | 明・大・昭 年 月 日        |           |
| 居宅サービス計画の作成依頼（変更）する居宅介護（介護予防）支援事業者  |   |                    |           |
| 1.居宅介護支援（小規模多機能型居宅介護）事業所に依頼する。  |   |                    |           |
| 2.介護予防支援（介護予防小規模多機能型居宅介護）事業者/地域センターに依頼する。   |   |                    |           |
| 3.事業者に依頼しない（被保険者が作成する）  |   |                    |           |
| 事業所名  |   |                    | 事業所の所在地 〒 |
|   |   | 電話番号 ( )           |           |
| 居 宅 介 護 支 援 事 業 番 号   |   | サービス開始（変更）年月日      |           |
|   |   | 令和 年 月 日           |           |
| 居宅介護支援事業所を変更する場合の理由書等   |   | ※変更する場合のみ記入してください。 |           |
| <p>すさみ町長 様</p> <p>上記の居宅介護（介護予防）支援事業者に居宅サービス（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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p>住所</p> <p>被保険者 電話番号 ( )</p> <p>氏名</p>                  |   |                    |           |
| <p>居宅サービス（介護予防）計画の作成を依頼（変更）する居宅介護支援（介護予防支援）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・意見及び主事意見書を当該居宅介護支援（介護予防支援）事業者に必要な範囲で提示することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日 氏名</p>  |   |                    |           |
| <p>(注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、又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（介護予防支援事業）所が決まり次第速やかにすさみ町へ提出してください。</p> <p>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（介護予防支援事業）所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ずすさみ町へ届け出ください。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。</p> |   |                    |           |
| 保険者確認欄  | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複<br><input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号 |                    |           |
|   |   |                    |           |