

居宅・介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

		種別	区分
		介護・予防	新規・変更
被保険者氏名		被保険	番号
フリガナ オタル タロウ			
小樽太郎		種別、区分の記入は必須となります。	
		生年月日	性別
		明・大・昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日	男・女
居宅・介護予防サービス計画等の作成を依頼（変更）する事業者			
事業者の事業所名	事業者の所在地	〒〇〇〇—〇〇〇〇	
〇〇居宅介護支援事業	〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 電話番号 ()		
担当介護支援専門員氏名 (介護予防支援事業者の場合は、記載不要)		担当介護支援専門員登録番号 (介護予防支援事業者の場合は、記載不要)	
介護太郎		〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
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。		
利用者の希望により。		変更年月日 (平成〇〇年〇〇月〇〇日付)	
(宛先) 小樽市長 上記の居宅介護（介護予防）支援事業者に、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画の作成を依頼するので届け出ます。 平成〇〇年〇〇月〇〇日 住所 小樽市花園2丁目12番1号 被保険者 電話番号 0134-32-4111 氏名 小樽太郎 印			
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（介護予防）支援事業者番号		

備考

- この届出書は、要介護・要支援認定の申請をするとき又は居宅サービス計画・介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所を決めたときに、速やかに小樽市介護保険課へ提出してください。
- 居宅サービス計画・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、必ず小樽市介護保険課に届け出てください。届出のない場合は、サービスに係る費用をいったん全額自己負担していただく場合があります。