

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	
		性 別	
		生 年 月 日	
		明・大・昭 年 月 日	
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	
		〒	
利用開始日（ 年 月 日）		電話番号（ ）	
事業所を変更する場合の理由等		※変更する場合には必ず記入してください。	
変更の理由（ ）			
変更年月日（ 年 月 日）			
事業所間の連絡確認（変更前の居宅介護支援事業所（小規模多機能型含む）が事業所名を記入してください。）			
小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無	※小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス（居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。）及び地域密着型サービス（夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護（短期利用型）に限る。）の利用の有無を記入してください。		
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり （利用したサービス： ） <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし			
筑後市長 様 上記の居宅介護支援事業者・小規模多機能型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。 年 月 日 被保険者 住所 電話番号（ ） 氏名			
※保険者確認欄 （記入不要）	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> （小規模多機能型）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あたり、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. 太線内のみ記入ください。
 2. 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、速やかに筑後市へ提出してください。
 3. 居宅サービス計画書の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更理由・変更年月日を記入し、必ず前事業所からの確認を受けてください。
 4. 届け出のない場合は、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。