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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 性　　別 |
| 大・昭・平　　　　　年　　 月 　　日 | 男 ・ 女 |
| 居宅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 | 〒  |
| 開始年月日　　　　　　　　　（　　　　　年　　月　　日付） | 電話番号 　　　（ 　　 ） |
|  事業所を変更する場合の事由等 |  |  |
| 変更年月日　　　　　 　　　　　（　　　　　 年　　 月　　 日付） |
| 　中 井 町 長　　様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け出します｡　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　　（　　）　　被保険者　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　 　　 |
| 保険者確認欄 | □　被保険者資格　□　届出の重複□　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　中井町役場　健康課　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　中井町役場　健康課　に届け出て下さい。届け出のない場合、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。