

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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> </tr> </table>										
	個人番号										
	生年月日										
	性 別										
	明・大・昭 年 月 日										

適用（変更）年月日 令和 年 月 日

居宅サービス計画作成を依頼（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。

北上市長 様

上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画作成を依頼することを届出します。

令和 年 月 日

住 所

電話番号（ ）

被保険者

氏 名

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"/> 居宅介護支援事業者事業所番号										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> </tr> </table>										

居宅サービス計画作成を依頼（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。

令和 年 月 日 氏名 _____

- （注意） 1 この届出書は、被保険者が居宅サービス計画作成を依頼する事業所に提出し、事業所が内容を確認のうえ、北上市長寿介護課へ提出していただきますようお願いいたします。
- 2 居宅サービス計画作成を依頼する事業所を変更するときは、新たに依頼する事業所にこの届出書を提出してください。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。