

居宅サービス計画等作成依頼（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													
氏 名		生年月日		性別											
		明・大・昭 年 月 日													
	居宅サービス計画等の作成依頼（変更）する事業者														
種 類	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター（介護予防支援事業者） <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護支援事業者														
計画の作成を依頼（変更）する事業所名及び事業所番号															
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; 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>															
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） <input type="checkbox"/> 認定区分変更に伴う事業者の変更（要支援 要介護） <input type="checkbox"/> その他															
変更年月日 (令和 年 月 日)															
小規模多機能型居宅介護・看護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または看護小規模多機能型居宅介護を利用する場合のみ記入してください） （*小規模多機能型居宅介護・看護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・短期利用型でない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・認知症対応型共同生活介護（短期利用型）及び地域密着型特定施設入所者生活介護（短期利用型）及び定期巡回・随時対応型訪問看護に限る）の利用の有無を記入してください） （*介護予防サービスの場合も同様に記入してください） <input type="checkbox"/> 居宅介護サービス等の利用あり （利用したサービス： ） <input type="checkbox"/> 居宅介護サービス等の利用なし															
東 吉 野 村 長 様 上記の事業者に居宅サービス計画等の作成を依頼することを届け出ます。 令和 年 月 日 住所 _____ 被保険者 氏名 _____ 電話番号 ()															

- (注意) 1 上記の太枠内に記入してください。
- 2 この届出書は、要介護認定申請若しくは居宅サービス計画等の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに東吉野村へ提出してください。
- 3 居宅サービス計画等の作成を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず東吉野村に届出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担して頂くことがあります。

(添付書類) 介護保険被保険者証 若しくは 資格者証

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届け出の重複 <input type="checkbox"/> 入力済み	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 支援 <input type="checkbox"/> 申請中
--------	---	--