

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	
明・大・昭 年 月 日			
居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地	
		電話番号	
居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等		※変更する場合のみ記入して下さい。	
		変更年月日 (令和 年 月 日付)	
<p>知 内 町 長 様</p> <p>上記の居宅介護支援事業所に居宅サービス計画の作成を依頼することを届出します。</p> <p>令和 年 月 日 住所</p> <p>被保険者 電話番号 ( ) 氏名</p>			
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"/> 介護予防支援事業者事業所番号	
<p>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・意見及び主事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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 氏名 _____</p>			

- (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、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知内町生活福祉課保険係へ提出して下さい。
- 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、必知内町生活福祉課保険係に届け出してください。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。