

居宅（介護予防）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 | | | |
| 生 年 月 日 | | 個 人 番 号 | |
| 明・大・昭 年 月 日 | | | |
| 居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者 | | | |
| 事業所番号 | | 事業所の所在地 | 〒 |
| 事業所名 | | 電話番号（ ） | |
| 適用年月日 (いつからサービス計画を作成依頼するのか記載) | | 年 月 日から適用する。 | |
| 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（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。（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 | | | |
| 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。 | |
| 変更年月日 (年 月 日付) | | | |
| (あて先)愛西市長 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出します。 年 月 日 住 所 被保険者 電話番号（ ） 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 | | |
| | | | |

- (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(介護予防)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愛西市に提出してください。
- 2 居宅(介護予防)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上、必ず愛西市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。
- 3 届出の際は介護保険被保険者証または介護保険資格者証を添えて提出してください。