

## 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		0 0	
氏 名		個 人 番 号	
		生 年 月 日	
		性 別	
		明・大・昭 年 月 日 男・女	
居宅(介護予防)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 ( )	
サービス計画作成開始日 年 月 日	事業者番号		
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。	
変更年月日 ( 年 月 日)			
くすのき広域連合長 様			
居宅(介護予防)支援事業者に居宅(介護予防)サービス計画作成を依頼することを届出します。			
年 月 日			
住所			
被保険者 氏 名			
電話番号 ( )			
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の事由重複 <input type="checkbox"/> 居宅(介護予防)支援事業者事業所番号		
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>			

居宅(介護予防)サービス計画作成を依頼(変更)する事業所が居宅(介護予防)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、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅(介護予防)サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに「くすのき広域連合」へ提出してください。
- 2 新規届出の場合は、サービス計画作成を開始した日付を記入してください。
- 3 居宅(介護予防)サービス計画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「くすのき広域連合」に届け出てください。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。