

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            |  |  |  |  |       |  |
|                                                                                                                                             |  |                                                                                                           |  |  | 年 月 日              |  |  |  |  |       |  |
| 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                                                                                                                |  |                                                                                                           |  |  |                    |  |  |  |  |       |  |
| 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番号                                                                                                                                 |  |                                                                                                           |  |  | サービス開始（変更）年月日      |  |  |  |  |       |  |
|                                                                                                                                             |  |                                                                                                           |  |  | 年 月 日              |  |  |  |  |       |  |
| 居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等                                                                                                                        |  |                                                                                                           |  |  | ※変更する場合のみ記入してください。 |  |  |  |  |       |  |
| 江 差 町 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け出ます。                                                                                                       |  |                                                                                                           |  |  |                    |  |  |  |  |       |  |
| 年 月 日                                                                                                                                       |  |                                                                                                           |  |  |                    |  |  |  |  |       |  |
| 〒                                                                                                                                           |  |                                                                                                           |  |  |                    |  |  |  |  |       |  |
| 住 所                                                                                                                                         |  |                                                                                                           |  |  |                    |  |  |  |  |       |  |
| 被保険者                                                                                                                                        |  |                                                                                                           |  |  |                    |  |  |  |  |       |  |
| 氏 名                                                                                                                                         |  |                                                                                                           |  |  |                    |  |  |  |  |       |  |
| 電話番号 （ ）                                                                                                                                    |  |                                                                                                           |  |  |                    |  |  |  |  |       |  |
| 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。 |  |                                                                                                           |  |  |                    |  |  |  |  |       |  |
| 年 月 日 氏名                                                                                                                                    |  |                                                                                                           |  |  |                    |  |  |  |  |       |  |
| (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、又は居宅サービス計画作成を依頼する居宅介護支援事業所が決まり次第速やかに江差町へ提出してください。                                                                  |  |                                                                                                           |  |  |                    |  |  |  |  |       |  |
| 2 居宅サービス計画作成を依頼する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず江差町へ届け出てください。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。                                      |  |                                                                                                           |  |  |                    |  |  |  |  |       |  |
| 保険者確認欄                                                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複<br><input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号 |  |  |                    |  |  |  |  |       |  |
|                                                                                                                                             |  |                                                                                                           |  |  |                    |  |  |  |  |       |  |