居宅サービス計画作成依頼（変更・廃止）届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | | | | | | | | | | | | | |
| 新規 ・ 変更　・廃止 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所名 | | | | | | | |  | | | | | 居宅介護支援事業所の所在地 | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 | | | | | | | | | | | | | ※変更・廃止の場合のみ記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □要介護状態区分変更により　　□本人又は家族の希望により　　□事業所廃止により  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　変更年月日  （　　　　　　年　　　月　　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 戸沢村長　様  　□上記の居宅介護支援事業者等に居宅サービス計画の作成を依頼することを届け出します。  　□上記の居宅介護支援事業者等との契約を廃止することを届け出ます。  　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | | | 住所　　戸沢村大字  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | | | | | * 被保険者資格 * 届出の重複 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注意）１　この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画の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戸沢村へ提出してください。

２　居宅サービス計画の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

うえ、必ず戸沢村へ届け出てください。届け出のない場合、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。