（別記様式第１号）

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 | | | | | | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |  | | |  | |  |  |
|  | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | |
| 明・大・昭  　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | 男　・　女 | | | | | |
| 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　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | | | |
| 介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は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  変更年月日  （　　　　　年　　　月　　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 芸西村長　様  　上記の事業所に居宅介護サービス計画の作成を依頼することを届け出します。  　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 住　所  氏　名 | | | | | | | | | | | 電話番号　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 確認欄 | | □ 被保険者証資格　　　　□ 届出の重複 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 介護支援事業者事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | | | |  | |  | | |

（注意）１　この届出書は、介護サービス計画の作成又はケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに芸西村へ提出してください。

２　サービス計画の作成若しくはケアマネジメント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、必ず芸西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、全額負担していただくことがあります。

３　住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。