

様式第8号(第19条関係)

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		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)する事業所名等			
		事業所番号	
事業所の所在地・電話番号			
〒		電話番号 ()	
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 日付	
中新川広域行政事務組合 管理者 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出ます。 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号 () ㊤ 本人との続柄 ()			
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 入力 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 被保険者証記入 <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、居宅サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第、事業所を経由して、速やかに役場・介護保険担当窓口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事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず役場・介護保険担当課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 申請者は本人又はその家族・親族であること。