

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	
居宅サービス計画の作成を依頼(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の作成を依頼することを届け出します。			
年月日			
申請者			
住所			
電話番号 ()			
氏名 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、居宅サービス計画の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 居宅サービス計画の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。