

居宅サービス計画作成依頼（変更・終了）届出書

記入例

※右の該当するものに「○」をしてください。

新規・**変更**・終了

被保険者氏名		被保険者番号										
フリガナ	ニイミ	タロウ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
新見 太郎			個人番号									
			不明な場合には、個人番号の記載は不要です。									
			生年月日							性別		
			明・大・ 昭 10 年 10 月 10 日							男 ・女		
居宅サービス計画作成を依頼（変更・終了）する事業者												
事業所名			所在地									
〇〇〇介護支援事業所			〒 718-8501 新見市新見123番地									
			電話番号 0867 (72) 0000									
介護保険事業所番号			3	3	7	1	2	3	4	5	6	7
開始（ 変更 ・終了）年月日			事業所を変更する場合の事由等 ※事業者を変更する場合に記入してください。									
平成 29 年 3 月 1 日			変更の場合→〈例〉現在利用している事業所が遠距離のため									
小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無			※小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス（居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。）及び地域密着型サービス（認知症対応型通所介護・地域密着型通所介護及び認知症対応型共同生活介護に限る。）の利用の有無を記入してください。									
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり (利用したサービス:)												
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし												

(届出先) 新見市長 宛	
上記の居宅サービス計画について届け出ます。	
平成 29 年 2 月 28 日	
住所	新見市新見310番地3
(被保険者)	
氏名	新 見 太 郎 新見
電話番号	0867 (72) 6206

(注意)

1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画作成を依頼する事業者が決まり次第速やかに新見市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者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず新見市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。

●新見市記入欄	<input type="checkbox"/> 要介護・要支援認定済	受 付
受け付けた際に新見市役所で記入しますので、記入は不要です。		
	<input type="checkbox"/> 被保険者証回収	