居宅介護（介護予防）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 | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | |
| 居宅介護（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事　業　者　の　事　業　所　名 | | | | 事 業 所 の 所 在 地 | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 電話番号　　　　（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介　護　保　険　事　業　所　番　号 | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 事業者を変更する場合の事由等　※事業者を変更する場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※１　居宅介護支援事業者→居宅介護支援事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日（　　　　　年　　月　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※２　居宅介護（介護予防）支援事業者⇔介護予防支援事業者  　　(1) 新規申請によるもの　　　申請年月日　　　　　　　　　年　　月　　日  　　(2) 更新申請によるもの　　　更新認定開始日　　　　　　　年　　月　　日  　　(3) 変更申請によるもの　　　変更申請日　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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開始前居宅サービス（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（夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護（短期利用型）に限る。）の利用の有無を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　居宅サービス等の利用あり（利用したサービス：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　居宅サービス等の利用なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 平戸市長　様  　　上記の居宅介護（介護予防）支援事業者に居宅介護（介護予防）サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。  　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　印　　　　電話番号　　　　（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （本人の自署の場合は、押印は不要です。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | □　被保険者資格　　□　届出の重複  □　居宅介護（介護予防）支援事業者事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　（注意）　１　この届出書は、要介護認定等の申請時に、若しくは、居宅介護（介護予防）サービス計画の

作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに平戸市へ提出してください。

２　居宅介護（介護予防）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上、必ず平戸市に届け出てください。届出がない場合、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。

居宅介護（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書

記入例

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 区　分 | | | | | | | | | | | | | | |
| 新　規 ・ 変　更 | | | | | | | | | | | | | | |
| 被　保　険　者　氏　名 | | | | | | 被　保　険　者　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ　　　　ヒラド　タロウ | | | | | | 1 | | | 2 | | 3 | | 4 | | | | 5 | | | 6 | | | | 7 | | | | 8 | | | 9 | | | 0 | |
| 平戸　太郎 | | | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 9 | | | 8 | | 7 | | | 6 | | | 5 | | 4 | | | 3 | | | | 2 | | 1 | | | 0 | | | 9 |
| 生　年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性　別 | | | | | | | | | |
| 昭和５　年　１　月　１　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | |
| 居宅介護（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事　業　者　の　事　業　所　名 | | | | 事 業 所 の 所 在 地 | | | | | | | | | | | | 〒859-5192 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 平戸居宅介護サービス計画作成事業所 | | | | 平戸市岩の上町1508番地３  電話番号　0950（　22　）4111 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介　護　保　険　事　業　所　番　号 | | | | 4 | 2 | | | 7 | | | 0 | | | 7 | | | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | | | 0 | | | 1 | | |
| 事業者を変更する場合の事由等　※事業者を変更する場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※１　居宅介護支援事業者→居宅介護支援事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 引越したため、自宅近くの事業所に変更するもの。変更年月日（令和元年5月１日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※２　居宅介護（介護予防）支援事業者⇔介護予防支援事業者  　　(1) 新規申請によるもの　　　申請年月日　　　　　　　　　年　　月　　日  　　(2) 更新申請によるもの　　　更新認定開始日　　　　　　　年　　月　　日  　　(3) 変更申請によるもの　　　変更申請日　　　　　 令和元年　5月　１日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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開始前居宅サービス（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（夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護（短期利用型）に限る。）の利用の有無を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　居宅サービス等の利用あり（利用したサービス：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　居宅サービス等の利用なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 平戸市長　様  　　上記の居宅介護（介護予防）支援事業者に居宅介護（介護予防）サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。  　　令和元年5月7日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 住所　平戸市草積町1125-12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名　　　　平戸　太郎　　　印　　　　電話番号　0950（　22　）4111 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （本人の自署の場合は、押印は不要です。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | □　被保険者資格　　□　届出の重複  □　居宅介護（介護予防）支援事業者事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　（注意）　１　この届出書は、要介護認定等の申請時に、若しくは、居宅介護（介護予防）サービス計画の

作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに平戸市へ提出してください。

２　居宅介護（介護予防）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上、必ず平戸市に届け出てください。届出がない場合、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。