

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																					
氏 名					個 人 番 号																
					生 年 月 日							性 別									
					明・大・昭 年 月 日							男 ・ 女									
介護予防サービス計画の作成（変更）を依頼する介護予防支援事業者																					
介護予防支援事業名					事業所の所在地 〒																
					電話番号 ()																
介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援を受託する場合のみ記入してください。																					
介護予防支援事業名					事業所の所在地 〒																
					電話番号 ()																
介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等																					
※変更する場合のみ記入してください。																					
変更年月日 (平成 年 月 日) 筑西市長 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出ます。 平成 年 月 日 被保険者 住所 氏名 電話番号 () 印																					
☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 居宅介護支援事業所番号（必ず記入してください。） <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					

（注意）

- この届出は、要介護認定の申請時に、若しく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、速やかに筑西市保健福祉部介護保険課へ提出してください。
- 居宅サービス計画を作成する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず筑西市保健福祉部介護保険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。