**サービス計画作成依頼（変更）届出書**

北秋田市長　様

　次のとおり、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｡

　　　※個人番号は分かる場合記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | 個人番号 | | | |  |  |  |  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |
| 被保険者番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | 届出年月日 | | | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | 性　別 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | 印 | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒　　　　　―  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○　居宅サービス計画の作成を依頼する居宅介護支援事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出区分 | | | □　新規　　□　変更 | | | | | | | | | 事業者番号 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 名　称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | 〒　　　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ケアプラン作成開始年月日 | | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　　～ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所を変更する場合の事由等 | | | （変更年月日：令和　　　年　　　月　　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者が居宅介護支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。  　　　　年　　月　　日　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （注　意）  １　この届出書は要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに担当窓口へ提出してください。（事業所による代行提出でも結構です。）  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、必ず担当窓口に届け出てください。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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村記入欄 | | | | | | 受付印 | | | | |
| □システム入力  □確認 | | | | | |  | | | | |