

介護保険居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書

(あて先)北茨城市長

下記の居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者に居宅サービス計画等の作成を依頼することを届け出ます。

被 保 険 者	被保険者番号																			※市役所に届出をした日が届出年月日となります。
	個人番号																			届出年月日 令和 年 月 日
	住 所	〒																	電話番号	
	フリガナ																		生年月日	
	被保険者氏名																		印	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日

居宅サービス計画作成を依頼(変更)する事業所																					
事業所番号																				届出 区分	新規 令和 年 月 日 (利用開始年月日)
事業所を変更する場合の事由等																		変更 令和 年 月 日			
事業所の所在地 電話番号	〒																	電話番号			
事業所名																					

小規模多機能型居宅介護(介護予防)事業所、複合型サービス事業者は、利用開始月における居宅サービス等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
- 居宅サービス等の利用なし

(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所が決まり次第速やかにこの届出書を北茨城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所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、この届出書を必ず北茨城市へ届け出てください。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。