|  |
| --- |
| **居宅介護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 |
| 明・大・昭　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 居宅介護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　（　　　　） |
| 事業所を変更する場合の事由等 | 　※事業所を変更する場合のみ記入してください。 |
| 　　　　変更年月日(　　　年　　　月　　　日付) |
| 墨　田　区　長　　　あて　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します。年　　月　　日　　　　　　住所　被保険者　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 居宅介護支援事業所記入欄 | サービス計画開始（変更）年月日 | 　　　　年　　　月　　　日　から |
|  |
| （事業所名） | （事業所番号） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険者確認欄 | * 被保険者資格　□　届出の重複
 |  |

（注意)　1　この届出書は、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、速やかに墨田区介護保険課へ提出してください。

　　　　**2　居宅介護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。**

（問合せ先及び提出先）墨田区介護保険課給付・事業者担当　電話番号03（5608）6149（直通）