

居宅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 | | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 個 人 番 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 生 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 明・大・昭 | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | (事業者名) | | | | | (事業所番号) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 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、事業者を通じて速やかに墨田区介護保険課へ提出してください。
 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。
 (お問い合わせ先及び提出先) 墨田区介護保険課給付・事業者担当 電話番号 03(5608)6149(直通)