様式第17―1

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 | | | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | |  | | | |  | | |  | |  | | |  | |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当介護支援専門員氏名 | | |  | | |
|  | | | | | |
| 修了証明書No. | |  | | | |
| 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 大口町長　　　　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け出します。  　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所  　　被保険者  　　　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | □　被保険者資格　□　届出の重複  □　居宅介護支援事業者事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  |

(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、大口町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、大口町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。