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。