|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 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 （　　） | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |
| 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下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日  （　　　　年　　月　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 大　潟　村　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 電話番号　　　（　　）  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  　　　　　 速やかに大潟村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、必ず大潟村に届け  　　　　　 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |