

介護予防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
性別	生年月日
男 ・ 女	明治・大正・昭和 年 月 日
介護予防居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者	
<<事業者の事業所名>> 六戸町地域包括支援センター	<<事業所の所在地>> 〒 039-2371 青森県上北郡六戸町大字犬落瀬字後田19-1 電話番号 0176(27)6688
介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援業者が介護予防支援を受託する場合のみ記入してください	
<<居宅介護支援事業所名>>	<<居宅介護支援事業所の所在地>> 〒 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 (平成 年 月 日付)
六戸町長 吉田 豊 殿 上記の地域包括支援センター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。 平成 年 月 日 住所 _____ 電話番号 _____ 被保険者 氏 名 _____ 印	
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所番号

(注意)

- 1 この届出書は、要介護認定の申請時、もしくは居宅サービスの作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに六戸町役場福祉課に提出してください。
- 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提出してください。届出がない場合は、サービスに係る費用をいったん、全額自己負担していただくことがあります。

代理人確認	
-------	--

届出先
 六戸町 福祉課 介護保険係(六戸町地域包括支援センター内)
 〒039-2371上北郡六戸町大字犬落瀬字後田19-1
 電話番号:0176-27-6688