

## 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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td> </tr> </table>										
	個人番号										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td> </tr> </table>										
性別	生年月日										
男 ・ 女	明治・大正・昭和                      年                      月                      日										
居宅サービス計画作成を依頼（変更）する事業所											
<<事業者の事業所名>>  <<担当介護支援専門員氏名>>	<<事業所の所在地>> 〒   電話番号										
<<当該事業所でのサービス開始（予定）日等>> 年                      月                      日開始（予定）											
<<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)											
六戸町長 様  上記の居宅介護支援事業所に居宅サービス計画作成を依頼することを届出します。  年                      月                      日  住 所 _____  電話番号 _____  被保険者 氏 名 _____											
居宅サービス計画作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者が居宅介護支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。  _____ 年                      月                      日                      氏 名											

**(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。

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"/> 居宅介護支援事業所番号										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td><td style="width: 10%; border: none;"> </td> </tr> </table>										

届出先    〒039-2371  
 六戸町大字犬落瀬字後田19-1    六戸町地域包括支援センター  
 電話番号    0176-27-6688