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　年　月　日　男・女	

居宅介護支援事業者または小規模多機能型居宅介護支援事業者	
事業者番号	事業所の所在地　〒　－
事業所名	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ください。

小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無

※ 小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス（居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く）及び地域密着型サービス（夜間対応型訪問介護，認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護（短期利用型に限る）の利用の有無を記入してください。

☐ 居宅サービス等の利用あり　（ 利用したサービス:　　）
☐ 居宅サービス等の利用なし

適用年月日	年　月　日から適用する。

猪苗代町長　様

上記の居宅介護支援事業者・小規模多機能型居宅介護事象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

被保険者
住　所

氏　名　　印　電話番号　（　）

届出に来られた方	※ 上記被保険者（本人）の場合は記入する必要はありません。	被保険者との関係
住　所		家族　代理人
氏　名	電話番号　（　）	事業者 その他（　）

保険者確認欄	☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複

（注意）
1　この届出書は，要介護認定の申請時あるいは，居宅サービス計画の作成を依頼する事業者が決まり次第速やかに猪苗代町(保健福祉課高齢者福祉係）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者を変更するときは，変更年月日を記入の上、必ず猪苗代町(保健福祉課高齢者福祉係）に届け出てください。届出のない場合、サービスにかか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。
3　届出の際は，介護保険被保険者証または介護保険資格者証を添えて提出してください。