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 | | | | | | | |
| 明・大・昭　　　年　 　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | | | | | |
| 居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 | | | | ※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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 愛川町長　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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | 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居宅介護

支援事業所が決まり次第速やかに愛川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居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入の

うえ、必ず愛川町へ届け出てください。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。

【確認欄】町が記入します。

本人申請の場合

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号確認 | □個人番号カード　□住民基本台帳  （身元確認不要）　□システム確認  □その他  □住民票（番号有）　（　　　　　　　） | 身元確認 | □運転免許証　　□障害者手帳  □運転経歴証明書　□その他写真付き証明書(　　　　　) | | 確認印 |
|  |
| ２点以上 | □介護保険被保険者証　□負担割合証  □公的医療保険の被保険者証  □その他（ |

代理人申請の場合（代行申請含む）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 代理権 | □介護保険被保険者証  □委任状　（代行申請除く）  □その他（　　 　） | 代理人身元確認 | □個人番号カード　　□運転免許証  □介護支援専門員証  □その他官公署から発行・発給された写真付き証明書  （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | 確認印 |
|  |
| 番号確認 | □個人番号カード　□住民基本台帳  □システム確認  □住民票（番号有）  □その他（　　　　　　　　　） |
| ２点以上 | □公的医療保険の被保険者証  □年金手帳  □その他（　　　　　　　） |  |