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（　　　　　　　） |  |