

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 住 所 被保険者 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 番号 確認	☐ 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
	☐ 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 ()	