

居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書

区 分
新規・変更

平成 年 月 日

横手市長 あて

下記居宅介護（介護予防）支援事業所に居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼することを届出します。

住 所 _____

届出人 _____ 本人との関係（本人・ _____）

電話番号 _____（ _____）

※被保険者証をお持ちの方は、この届出書と一緒に提出して下さい。

被 保 険 者 氏 名	介 護 保 険 被 保 険 者 番 号																														
カガナ	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">生 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日</td> </tr> </table>											生 年 月 日										明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日									
生 年 月 日																															
明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日																															
印																															
※住 所	※電話番号																														

※届出人が本人で上記に記入している場合はありません。

居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業所	
事業所名	所在地
	電話番号 _____（ _____）
事業所を変更する場合の理由等	※事業所を変更する場合のみ記入して下さい。
	変更年月日 （平成 年 月 日付）

- （注意）1 この届出書は、要介護認定の申請時、若しくは、居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに横手市へ提出して下さい。
- 2 居宅（介護予防）サービス計画の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上、必ず横手市へ届けて下さい。届出のない場合、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。

横手市 記入欄	確認 <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護（介護予防）支援事業者事業所番号 ※未登録事業所のみ （ _____ ）	《入力者印》	《窓口受付印》
------------	---	--------	---------