

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
居宅サービス計画作成を依頼(変更)する事業者			
事業者の事業所名		事業所の所在地	〒
		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下さい。	
		変更年月日 (平成 年 月 日付)	
<p>新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 様</p> <p>上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画作成を依頼することを届け出します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>被保険者 電話番号</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>			
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届け出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号	

(注意)

- 1 この届出書は、居宅サービス計画作成を依頼する事業者が決まり次第速やかに新川地域介護保険組合またはお住まいの市町の福祉課へ提出して下さい。なお、依頼した事業者を経由して届出をすることもできます。
- 2 居宅サービス計画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うえ、必ず新川地域介護保険組合またはお住まいの市町の福祉課へ届け出て下さい。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。