

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	
居宅サービス計画作成(変更)する居宅介護支援事業者			
事 業 者 の 事 業 所 名	事 業 所 の 所 在 地		
事業者番号:〔 居宅介護専門員氏名	〒 電話: ()		
【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ください。			
変更年月日 (年 月 日付)			
<p>清 川 村 長 様</p> <p style="text-align: center;">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出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">電話: ()</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名</p>			
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複	
	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号		

居宅サービス計画作成を依頼(変更)する居宅介護支援事業者が居宅介護支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

_____年 月 日 氏名

(注意)

この届出書は、居宅サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに清川村へ提出してください。なお、提出の際には、被保険者証も併せてご持参ください。

居宅サービス計画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、必ず清川村へ届け出てください。届出のない場合には、サービスにかかる費用を一旦、自己負担していただくことがあります。