**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 | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | |  | | | |
|  | | |
| 生　年　月　日 | | | 性　　別 |
| 大・昭  　　　　　　年　　月　　日 | | |  |
| 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 | | | | | | |
| 事業所名 | |  | 事業所の所在地 | | 〒 | |
| 事業所番号（　　　　　　　　　　　　） | | | 電話番号（　　　　）　　　－ | | | |
| 居宅介護支援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） | | | | | | |
| 播磨町長　 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。  　□　保険証の受け渡しについては、上記事業所の　　　　　　　　に委任します。  　　　　　年　　月　　日  被保険者住所　播磨町  　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　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 | | | 個人番号 | | |
|  | | |

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）

１　この届出書は、居宅サービス計画の作成を依頼する居宅支援事業所が決まり次第、介護保険被保険者証を添えて播磨

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事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず播磨町に届け出てください。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。