# 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 | |
|---|---|
| 事業者の事業所名 | 事業所の所在地 |
| | 〒　　- |
| **事業者事業所番号** | |
| | 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。） | |
|---|---|
| 本人(家族)の希望　・　事業所の廃止　・　その他(　　) | |
| 前事業所連絡済年月日　　年　　月　　日 | 変 更 年 月 日<br>（　　年　　月　　日付） |

| | |
|---|---|
| 小規模多機能型居宅介護・<br>複合型サービスの<br>利用開始月における<br>居宅サービス等の利用の**有無** | ※小規模多機能型居宅介護・複合型サービスの利用前の居宅サービス（居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。）及び地域密着型サービス（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護（短期利用型）に限る。）の利用の有無を記入してください。 |

☐ **居宅サービス等の利用あり**（ 利用したサービス:　　）

☐ **居宅サービス等の利用なし**

直方市長　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出します。

**令和　　年　　月　　日 から**
**（居宅サービス開始日）**

令和　　年　　月　　日

被保険者
住　所
氏　名

電話番号　　（　　）

| 保険者確認欄 | ☐ 被保険者資格　☐ 届出の重複<br>☐ 居宅介護支援事業者等事業所番号 |
|---|---|

（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小規模多機能型居宅介護事業所・複合型サービス事業所が決まり次第、速やかに 直方市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小規模多機能型居宅介護事業所・複合型サービス事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず 直方市に届け出してください。
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。

| 受付日 | ／ | | 認定待ち | 入力 | ／ | | 被保険者証交換 | ／ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|