

記入方法

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 ワカナ		被保険者番号	
被保険者本人の氏名		生年月日 大・昭 年 月 日	
		必ず記入してください。記入が無いものは受付できません。	
居宅サービス計画作成依頼（変更）する事業者 事業者の事業所名		事業所の所在地	
ケアプランの作成を依頼した事業所名		事業所の住所	
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ください。	
八王子市長 殿 私は、上記の居宅介護支援事業者が代理に被保険者証を受領すること。		担当の居宅介護支援事業者が対応できなくなった場合に、被保険者に対する介護サービス提供等に支障をきたすことがないように、引継ぎ先の居宅介護支援事業者に対し、居宅サービス計画の内容や介護サービスの利用情報を開示することに同意をしない場合、チェックをつけます。	
私は、当該届出提出時に、被保険者証を受領に同意しない（同意しない場合はチェック）			
私は、不測の事態により、上記の居宅介護支援事業者が対応できなくなった場合に限り、代替りの居宅介護支援事業者に対し、居宅サービス計画の内容や介護サービスの利用情報を開示することに同意します。		情報開示に同意しない（同意しない場合はチェック）	
年 月 日		住所	
被保険者 氏 名		電話番号 ()	

- (注意) 1 この届出をする前には、必ず居宅介護支援事業者に居宅サービス計画を作成していただきます。
- 2 この届出書は、被保険者証とあわせて提出してください。
- 3 居宅サービス計画作成依頼する事業者を変更するときは、必ず居宅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。
- 4 居宅サービス計画を事業者へ依頼した場合の費用については、自己負担はありません。なお、本人が作成する場合、この届出は必要ありません。直接、居宅サービス計画を提出してください。

事業所記載欄（必須）

サービス利用開始年月日	担当者氏名
年 月 日	

事務処理欄（市記載欄）

被	給付管理の発生する日付と担当者名を必ず記入してください。窓口で被保険者証を代理受領される場合は、フルネームで記入してください。	行
確認	確認	