

## 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  |  |   |                                   |         |        |  |  |          |     |       |  |  |
|   |  |   |                                   |         | 生年月日   |  |  |          | 性 別 |       |  |  |
|   |  |   |                                   |         | 明・大・昭  |  |  |          |     |       |  |  |
|   |  |   |                                   |         | 年 月 日  |  |  |          |     |       |  |  |
| 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ください。            |         |        |  |  |          |     |       |  |  |
|   |  |   |                                   |         |        |  |  |          |     |       |  |  |
|   |  |   | 変更年月日<br>(      年      月      日付) |         |        |  |  |          |     |       |  |  |
| 八王子市長 殿<br>①私は、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。<br>②私は、当該届出提出時に、新たな被保険者証が発行される場合、下記担当ケアマネジャーが代理に被保険者証を受理することを同意します。<br><input type="checkbox"/> 被保険者証の代理受領に同意しない（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  |  |   | ( )                               |         |        |  |  |          |     |       |  |  |
| 保険者確認欄  |  | <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号 |                                   |         |        |  |  |          |     |       |  |  |
|   |  |   |                                   |         |        |  |  |          |     |       |  |  |

- (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（ケアプラン）の作成を依頼してください。
- 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を依頼する事業所を変更するときは、必ず届出をしてください。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。
- 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）

|                                       |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| 被保険者証の添付 有・無                          | <input type="checkbox"/> 被保険者証の後日発行 |
| <input type="checkbox"/> 被保険者証の発行     | <input type="checkbox"/> 入力         |
| <input type="checkbox"/> 被保険者証受領者本人確認 | <input type="checkbox"/> 郵送         |

|         |         |
|---------|---------|
| 確認<br>① | 確認<br>② |
|---------|---------|