**居宅サービス計画作成（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 | | | | | | | | | | | | | | 個人番号（マイナンバー） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 明・大・昭  年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 居宅サービス計画の作成を依頼（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　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| サービス提供開始年月日（契約日） | | | | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所を変更する場合の理由等（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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 涌谷町長　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｡  　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　 住　所  　　被保険者  　　　　　　　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 提出者 | 名称  （氏名） | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | 被保険者本人との関係 | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 所在地  （住所） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注意）

１　この届出書は、要介護認定の申請時、若しくは居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに

涌谷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・変更理由を記入のうえ、必ず涌谷町へ

届け出てください。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。

３　届出の際は、介護保険被保険者証の原本を添えて提出してください。

４　ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰを記載した当該申請を行う場合は、ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ確認書類・身元確認の書類・委任状（裏面）が必要です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 処理欄 | ○被保険者資格（ 有 ・ 無 ）  ○保険証処理（ 記載・入力 ）  ○届出の重複（ 有・無 ）  ○介護支援事業所番号（ 正・誤 → 訂正済・連絡済 ） | 備考 |

（※家族、事業者などの方が代理人として個人番号を提供する場合に記入し、

提出してください。）

委　任　状

　　　　年　　月　　日

　本人（委任者）　住 所

　　　　　　　　　氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　私は、下記の者を代理人と定め、介護保険サービス等の申請をすることおよび

私の個人番号を提供することを委任します。

記

代理人（受任者） 所在地

　　　　　　　　（住 所）

　　　　　　　　　　　 名　称

（氏 名）

　本人との関係

　　　　　　　　　　 電話番号