様式第４１号（第３５条関係）

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 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所名 | | | 居宅介護支援事業所の所在地 | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 電話番号　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 須賀川市長  　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　　　氏　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  |

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居宅介護支援事業所が決まり次第、速やかに須賀川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居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず須賀川市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。