

居宅サービス計画作成等依頼(変更)届出書

		種 別	区 分									
		介護・予防・事業	新規・変更									
※記入必須→												
被 保 険 者 氏 名	被 保 険 者 番 号											
フリガナ	個 人 番 号											
	生 年 月 日											
	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日											
居宅サービス計画作成等を依頼(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。										
新規(変更)適用開始年月日		年 月 日										
<p>(宛先) 旭川市長</p> <p>上記の居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に、居宅サービス計画作成、介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">電話番号 ()</p> <p>被保険者 氏 名</p>												
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者(地域包括支援センター)事業所番号											
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											

- (注意) 1 この届出書は、要介護(要支援)認定の申請時に、又は、居宅サービス計画作成・介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第、速やかに旭川市に提出してください。
- 2 居宅サービス計画作成・介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所を変更するときも、必ず旭川市に届け出てください。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。