

## 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   |  |  |   |           | 0 0 0 0 0   |            |  |  |  |       |  |
|  |  |  |   |           | 個 人 番 号     |            |  |  |  |       |  |
|  |  |  |   |           |             |            |  |  |  |       |  |
|  |  |  |   |           | 生 年 月 日     |            |  |  |  | 性 別   |  |
|  |  |  |   |           | 明・大・昭 年 月 日 |            |  |  |  | 男・女   |  |
| 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   |  |  |   | 事業者の所在地 〒 |             |            |  |  |  |       |  |
|  |  |  |   | 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>(令和 年 月 日)  |  |  |   |           |             |            |  |  |  |       |  |
| 大鰐町長 山 田 年 伸 殿<br>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><br>令和 年 月 日<br>被保険者 住所 〒 |  |  |   |           |             |            |  |  |  |       |  |
| 氏名   |  |  |   |           |             | ☎ 電話番号 ( ) |  |  |  |       |  |
| 保 険 者 確 認 欄  |  |  | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複<br><input type="checkbox"/> 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、若しくは、居宅サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに大鰐町役場に提出してください。
- 2 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、変更年月日を記入のうえ、必ず大鰐町役場に届出してください。届出のない場合は、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。

**※代理人が申請する場合、裏面の委任状もご記入下さい※**

委 任 状

大鰐町長 様

私は、居宅サービス計画作成依頼（変更）届けに関する権限を下記の受任者に委任  
します。

令和 年 月 日

<委任者>

住所

氏名



<受任者>

住所

氏名

(被保険者との関係： )

※窓口で申請の場合、申請者、代理人の身分確認書類の提示をお願いします。