

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

※介護保険被保険者証（または資格者証）を必ず添付してください。

|    |    |       |
|----|----|-------|
| 区分 | 新規 | (受付印) |
|    | 変更 |       |

|        |                 |
|--------|-----------------|
| 被保険者氏名 | 被保険者番号          |
| ワカナ    |                 |
|        | 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）する介護予防事業者（事業所記入欄） |           |
| 事業所番号                              | 事業所の所在地   |
| 3 6 9 0 1                          | 〒 -       |
| 事業所名                               | 電話番号（ ） - |
| 印                                  |           |

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| サービス利用開始日                            | 平成 年 月 日   |
| 利用開始月における居宅サービス・地域密着型サービス利用の有無 ※下記参照 | <input type="checkbox"/> 居宅サービス等利用あり<br>利用したサービス [ ]<br><input type="checkbox"/> 居宅サービス等利用なし |
| 事業所を変更する場合の事由等                       | 変更年月日 平成 年 月 日<br>変更事由 [ ]   |

徳島市長様  
 上記の介護予防事業者に介護予防居宅サービス計画作成を依頼することを届け出します。  
 平成 年 月 日  
 住所  
 被保険者 氏名 印 電話番号（ ） -  
 代筆者氏名（続柄等）（ ）

|  |           |
|--|-----------|
| 届出書を提出する者  | 住所または所在地  |
| 氏名または名称（続柄等）   | 〒 -       |
| <input type="checkbox"/> 家族（本人との続柄）<br><input type="checkbox"/> 事業所<br><input type="checkbox"/> その他（ ） | 電話番号（ ） - |

※小規模多機能型居宅介護・複合型サービス利用前の（介護予防）居宅サービス（居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く）及び（介護予防）地域密着型サービス（夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護（短期利用型）に限る。）の利用有無を記入してください。

| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 証交付 | 確認 | 入 力 |   |   |  | 受付 |
|----|------|----|-----|----|-----|---|---|--|----|
|    |      |    | 申請中 |    | 2   | 0 | 1 |  |    |

被保険者証等の取扱：証回収 資格者証回収 再交付 2号申請と同時（即確認） 受給資格証

提出者 介護支援専門員証 運転免許証 医療被保険者証 その他（ ）

本人 介護保険被保険者証 医療被保険者証 その他（ ） 番号 個人番号カード その他（ ）

かならずお読みください

- 1 この届出書は、居宅サービス計画の作成を依頼する徳島市介護予防小規模多機能型居宅介護事業所が決まり次第、すみやかに徳島市介護-ながいき課へ提出してください。届出のない場合、介護サービスに必要な費用を一旦全額自己負担していただくことがあります。
- 2 届出時には必ず介護保険被保険者証(資格者証・受給者資格証)を提出してください。
- 3 届出時には必ず被保険者及び提出者の身分を証明できるものの提示をお願いします(運転免許証、介護保険負担割合証等)
- 4 個人番号については、個人番号カード等の提示で確認させていただきます。
- 5 施設サービスを利用する場合は、この届出書を提出する必要はありません。

( 記 入 例 )

徳島市介護予防小規模多機能型居宅介護事業所用

居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書

※介護保険被保険者証(または資格者証)を必ず添付してください。

|  |  |
|--|--|
| 区 分  | 新規<br>変更   |
| 被保険者氏名   | 徳島太郎   |
| 被保険者番号   | 0000123456   |
| 個人番号   | 1234567890   |
| 生年月日   | 明・大・昭 12年3月4日  |
| 性別   | 男・女  |
| 事業所番号  | 3612345678   |
| 事業所の所在地  | 〒770-1234  |
| 事業所名   | ●●小規模多機能型居宅介護事業所   |
| サービス利用開始日  | 平成28年1月23日   |
| 利用開始月における居宅サービス・地域密着型サービス利用の有無 ※下記参照   | <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス等利用あり<br>利用したサービス { 訪問介護 } |
| 事業所を変更する場合の  | 変更年月日 平成28年1月23日<br>変更事由 { 小規模多機能型居宅介護サービスを利用することとなったため }            |
| 徳島市長様<br>上記の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。<br>平成28年1月23日<br>住所 徳島市幸町2丁目5番地<br>被保険者 徳島太郎 (徳島印) 電話番号(088)621-0000<br>代筆者氏名(続柄等) 徳島花子 (妻) |  |
| 届出書を提出する者  | 氏名または名称(続柄等) 住所または所在地 〒770-1234                                      |
| <input type="checkbox"/> 家族(本人との続柄)  | 届出の提出を事業所に依頼することができます  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 事業所  |  |
| <input type="checkbox"/> その他 (担当△△)  |  |

「介護保険被保険者証」又は「認定結果通知書」の「被保険者番号」をご記入ください。

個人番号(マイナンバー)をご記入ください。

事業所の印が必要です

届出の提出を事業所に依頼することができます

この届出書に関するお問い合わせは…  
〒770-8571 徳島市幸町2丁目5番地  
徳島市 介護-ながいき課 給付係 介護保険課  
電話 (088) 621-5585