

居宅介護サービス計画作成依頼（変更・終了）届出書

フリガナ		被保険者番号												
被保険者氏名		個人番号												
生年月日	明・大・昭 年 月 日生													

居宅介護サービス計画の作成を依頼（変更・終了）する事業者														
事業所名		事業所番号												
		所在地												
確認者氏名		電話番号												
届出の区分	☐ 新規	何月のサービス利用から上記事業所で計画を作成しますか。 年 月から												
	☐ 変更	何月のサービス利用から計画の作成を上記事業所に変更しますか。 年 月から												
		[変更の理由] ☐ 転居のため ☐ その他（具体的にご記入ください）												
	☐ 終了	何月分のサービス利用で計画の作成を終了しますか。 年 月まで												
[終了の理由] ☐ 施設等入所または医療入院のため ☐ その他（具体的にご記入ください）														

（あて先）
大 津 市 長
上記のとおり居宅サービス計画について届け出ます。
年 月 日
〒 _____
届出者 住所 _____
電話番号 _____（ ）
氏名 _____

受領確認欄	介護保険被保険者証を受領しました	受領者名
-------	------------------	------

- ・介護保険の居宅介護サービスを利用する場合、必ず居宅介護サービス計画作成依頼届が必要です。また居宅介護サービス計画作成を依頼する居宅介護支援事業所を変更する場合や介護保険施設等に入所することにより居宅介護サービス計画を作成しないようになった場合もこの用紙によって届け出て下さい。
- ・この届出書は、「新規」と「変更」の場合は今後居宅介護サービス計画の作成を担当する居宅介護支援事業所で、「終了」する場合は現在居宅介護サービス計画の作成を担当している事業所で確認の後、大津市介護保険課へ提出して下さい。