

居宅サービス計画・介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書

		区分1	区分2
		要介護者 ・ 要支援者	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	
		明 ・ 大 ・ 昭	年 月 日
居宅サービス計画及び介護予防サービス計画作成を依頼(変更)する事業者			
居宅介護支援事業所名及び介護予防支援事業所名		所 在 地	〒
事業所番号		電話番号 ()	
地域包括支援センターから介護予防支援を受託する居宅介護支援事業所 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援を受託する場合のみ記入してください。			
居宅介護支援事業所名		所 在 地	〒
事業所番号		電話番号 ()	
居宅サービス計画及び介護予防サービス計画作成事業所を変更する場合の事由			
※変更する場合のみ記入してください。			
サービス開始(変更)年月日		年	月 日
北アルプス広域連合長 様 上記のとおり、居宅サービス計画及び介護予防サービス計画作成を依頼することを届け出ます。 年 月 日 住所 被保険者 電話番号 () 氏名			
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"/> 居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所番号		

(注意) 1 この届出書は、要介護・要支援認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画・介護予防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市町村へ提出してください。

2 居宅サービス計画・介護予防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、必ず市町村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。

※長野県大町市・池田町・松川村・白馬村・小谷村では、5市町村で組織する「北アルプス広域連合」が介護保険の保険者となります。

担当者印	届出内容確認	
	市町村	広域
