

## 居宅介護(介護予防) サービス計画作成依頼(変更)届出書

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                 |  |       |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|-------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | ※記入必須→                                                                                                          |  | 種 別   | 区 分   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                 |  | 介護・予防 | 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<br>年 月 日                                                                                                  |  |       |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 性別<br>男 女                                                                                                       |  |       |       |
| 居宅介護（介護予防）サービス計画の作成を依頼(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チェックしてください。                                                                                        |  |       |       |
| <input type="checkbox"/> 予防給付から介護給付へ移行のため<br><input type="checkbox"/> 本人及び家族の希望のため                                                                                                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/> 自己作成から介護給付へ移行のため<br><input type="checkbox"/> その他（その他の場合は理由を書いてください。）                   |  |       |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 変更年月日<br>※事業所を変更する場合のみ記入必須→ (      年      月      日 付)                                                           |  |       |       |
| 海老名市長 様<br><br><p style="text-align: center;">上記の居宅介護（介護予防）支援事業者に居宅サービス計画または介護予防サービス計画の作成を依頼することを届け出します。</p> <p style="text-align: center;">年      月      日</p> <p style="text-align: center;">住      所</p> <p style="text-align: center;">被保険者      電話番号 (      )</p> <p style="text-align: center;">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<br><input type="checkbox"/> 居宅介護（介護予防）支援事業者事業所番号 |  |       |       |

- (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、居宅介護サービス計画・介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに海老名市へ提出してください。
- 2 居宅介護サービス計画・介護予防サービス計画の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、必ず海老名市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。