

## 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	カシワラ タロウ	0	0	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
柏原 太郎		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)する居宅介護支援事業者														
居 宅 介 護 支 援 事 業 所 名		事 業 所 番 号												
□□ケアプランセンター		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
居宅介護支援事業所の所在地		〒 〇〇〇-〇〇〇〇												
柏原市△△-□□														
電 話 番 号 ( )														
計画作成開始(契約開始)年月日				令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日										
月途中で小規模多機能型居宅介護を利用する場合		居宅サービス利用 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし												
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等		※変更する場合のみ記入してください。												
事業所が変更になる場合のみ、その理由を記入してください。 例) 本人の希望、住所が変わった為…等														
柏原市長 様 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け出します。  令和 ○年 ○月 ○日  〒〇〇〇-〇〇〇〇  被 保 険 者 住 所 柏原市□□-△△  氏 名 柏原 太郎  電 話 番 号 ( )														

初めての契約なら「新規」、以降事業所が変更になる場合は「変更」に○

事業所番号を必ず記入してください。

実際に計画作成を開始した日を記入してください。この日が保険証記載の届出日となります。

月途中で居宅介護支援事業所から小規模多機能型居宅介護支援事業所に変更になった場合、その月に居宅サービス利用があれば「あり」に✓、居宅サービス利用がなければ「なし」に✓を入れてください。小規模多機能型居宅介護支援事業所への変更でなければこの欄は記入不要です。

窓口で申請する際は  
・介護保険被保険者証または資格者証  
・契約書原本(コピーでも可)  
以上2点をお持ちください。

(注意)  
1 この届出書は、要介護認定の申請時、または居宅サービス計画作成を依頼する居宅介護支援事業所が決まり次第、速やかに柏原市へ提出してください。(提出の際、契約書の確認をさせていただきます。)  
2 居宅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ときも必ず柏原市へ届け出てください。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。

※郵送にて申請する際は、**契約書の写し(契約締結日と契約開始日が確認できる各ページのみで結構です)と申請者の身分証の写し、保険証原本、もしくは資格者証原本、保険証返送用の封筒(切手を貼ったもの)**を添付してください。