

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）する事業者			
事業者の事業所名	事業所の所在地		
担当者名			
事業所番号	電話番号 ()		
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記入して下さい。		
香 美 町 長 様			
上記の居宅介護支援事業者に令和 年 月 日から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 被保険者 住 所 氏 名 電話番号 ()			
代 理 人 代理人 住 所 氏 名 電話番号 () 被保険者との関係 ()			

(注意) 1 この届出書は、居宅サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに香美町福祉課介護保険係へ提出して下さい。2 居宅サービス計画作成を依頼する事業所を変更するときは、変更事由を記入のうえ、必ず香美町福祉課介護保険係に届け出てください。届け出のない場合は、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。

町 記 入 欄	提 出	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送		
	本人確認 (代理人の本人確認)	写真有	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他()	
		写真無 (2種類)	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 医療保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()	
	代理権の確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の被保険者証など		
個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号(通知)カード <input type="checkbox"/> 住民票(個人番号有)など <input type="checkbox"/> 同意の上職員が確認			

<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 契約解除の有無 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所番号 ()
--