

## 居宅（介護予防）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			
		個 人 番 号	
生 年 月 日		性 別	
明・大・昭 年 月 日		男・女	
居宅（介護予防）サービス計画の作成について ※該当する方に✓をつけてください。			
<input type="checkbox"/> 次の事業者に依頼（変更）します			
事業者の事業所名	事業所の所在地	〒	—
		電話番号 ( )	
<input type="checkbox"/> 自己作成します			
介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者 ※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	居宅介護支援事業所の所在地	〒	—
		電話番号 ( )	
介護予防支援事業所または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。			
変更年月日 (令和 年 月 日付)			
長久手市長 様 上記の居宅介護（介護予防）支援事業者に居宅（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。			
令和 年 月 日			
住 所			
電話番号 ( )			
被保険者 氏 名		印	
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（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、若しくは、居宅（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、速やかに長久手市へ届出してください。
- 2 居宅（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、必ず長久手市に届け出てください。届出のない場合、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。