

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 シモノキ ハコ		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1
下 関 花 子		個 人 番 号									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1
		生 年 月 日				性 別					
		昭和7年7月7日				男・ <input checked="" type="radio"/> 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、番号			事業所の所在地								
〇〇介護支援事業所			〒〇〇〇-××××								
			下関市〇〇町□□丁目△△番×号								
0	9	8	7	6	5	4	3	2	1	電話番号 〇〇〇(△△△)××××	
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。								
(宛先) 下 関 市 長 上記の居宅介護支援事業者に、 <u>令和〇年〇月〇日</u> 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。 令和〇年△月××日 被保険者 住 提出年月日を記入して下さい。 氏名 下 関 花 子 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇											
提出代理（代行）者		氏名（事業所名）		連絡先							
		下 関 三 郎（〇〇介護支援事業所）		△△△-〇〇〇〇							

被保険者証記載のとおりに入力して下さい。

(注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請後、速やかに下関市へ提出してください。
 2 居宅サービス計画作成を依頼するうえ、必ず下関市に届け出てください。
 (処理欄)

被保険者本人以外が提出する場合は、窓口に提出する方の名前・事業所名・連絡先を記入して下さい。

資 格 等	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号	
提 出	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 使者 <input type="checkbox"/> 郵送	
代理権の確認	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()	
個人番号確認	個人番号カード提示	有 ・ 無
	通知カード・住民票提示	有 ・ 無
	システム確認	<input type="checkbox"/> 確認済み
身 元 確 認	※写真交付は1点・写真無しは2点 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <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"/> 介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 健康保険・後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ()	