**居宅サービス計画作成依頼（変更・廃止）届出書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※この届出書は、要介護１から５までの認定者が記入します。 | | | | | 申請区分 | |
| 新規 ・ 変更 ・ 廃止 | |
| 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 |
| 大　・　昭  年　　　月　　　日 | | | 男　　・　　女 |
| 居宅サービス計画の作成を依頼（変更・廃止）する事業所 | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所名 | | 事業所の所在地 | | | | |
|  | | 〒　　　- | | | | |
| 事業所番号 | |
|  | | 電話番号 | | | | |
| 事業所を変更する場合の事由等　※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） | | | | | | |
| 奥多摩町長　様  　居宅サービス計画の作成について、上記のとおり届け出します。 | | | | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日（※依頼・廃止年月日） | | | | | | |
| 被保険者 | 住所 | | | | | |
| 氏名 | | | 電話番号 | | |
|  |  | | |  | | |

※１．居宅介護支援事業所への居宅サービス計画作成の依頼は、被保険者が直接行ってください。

２．この届出書は、サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり（事業所との契約を締結）次第、速やかに奥多摩町（福祉保健課 介護保険担当）に提出してください。

３．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、必ず奥多摩町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。