

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							
				個 人 番 号			
				生 年 月 日		性 別	
				明・大・昭 年 月 日		男・女	
居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者							
事業者の事業所名、番号及び所在地							
適用年月日 年 月 日							
小規模多機能型居宅介護、及び複合型サービスの利用開始月における居宅サービス等の 利用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
※この欄は、事業者を変更する(した)場合のみ記入してください。							
変 更 前 事 業 者							
変 更 理 由		変更年月日 年 月 日					
ふじみ野市長 宛て 上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。 年 月 日 住 所 被保険者 氏 名 電話番号 ( )							

- 注)1 この届出書は、要介護等認定の申請時又は居宅サービス計画の作成を依頼する事業者が決まりしだい、速やかにふじみ野市に提出してください。
- 2 居宅サービス計画の作成を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ずふじみ野市に届け出てください。なお、届け出のない場合は、サービスに係る費用をいったん、全額自己負担していただくことがあります。
- ※ 当面居宅サービス計画の作成を依頼する予定のない方は、以下の欄を記入してください。

居宅サービス計画の作成を依頼しない理由	
<input type="checkbox"/> 家族で介護している	<input type="checkbox"/> 住宅改修・福祉用具の購入のみ利用予定
<input type="checkbox"/> まだ制度がよくわからない	<input type="checkbox"/> 近く入院する予定がある (病院名 )
<input type="checkbox"/> その他 {	(予定日 年 月 日ごろ) }

※この届出を行う場合は、介護保険被保険者証(認定申請中は、介護保険資格者証)をご持参ください。