

居宅サービス計画等作成依頼(変更・終了)届出書

|  |  |  |          |
|--|--|--|----------|
|  |  | 区 分  | 新規・変更・終了 |
| 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      |
| 居宅サービス計画等の作成を依頼(変更・終了)する事業者  |  |  |          |
| 事業者の事業所名   |  | 事業者の所在地  | 〒 ー      |
|  |  | 電話番号   | ( )      |
| 事業所を変更・終了する場合の事由等  | ※変更・終了する場合のみ記入してください。  |  |          |
| 変更・終了年月日(平成 年 月 日付)  |  |  |          |
| 小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無   | ※小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス(居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。)及び地域密着型サービス(認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護(短期利用型)に限る。)の利用の有無を記入してください。 |  |          |
| <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり<br>(利用したサービス: )  |  | <input type="checkbox"/> 居宅サービス等利用なし   |          |
| 笠 岡 市 長 様<br>上記の居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者・小規模多機能型居宅介護事業者に居宅サービス計画等の作成(変更・終了)を依頼することを届出します。<br>平成 年 月 日<br>住 所<br>被保険者 電話番号<br>氏 名 ( )  |  |  |          |
| 保 険 者 確 認 欄  |  |  |          |
| <input type="checkbox"/> 被保険者資格<br><input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号<br><input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号<br><input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 支援 <input type="checkbox"/> 事業 |  | <input type="checkbox"/> 届出の重複<br><input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号 |          |

(注意) 1. 上記太枠内に記入してください。

- この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画等の作成依頼する事業所が決まり次第速やかに笠岡市へ提出してください。
- 居宅サービス計画等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、必ず笠岡市に届け出してください。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。
- 住所地特例の対象となる施設に入居中の、要支援認定者及び事業対象者は、施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

〈お問い合わせ先及び提出先〉笠岡市役所 長寿支援課 笠岡市中央町1番地1 電話 0865-69-2139