様式第19号(第20条関係)

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |
| 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 |  | | | | 事業所の所在地 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （担当者：　　　　　　　　　　） | | | | | 〒  　電話番号　　　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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ください。   　　　　変更年月日  (　　　　　　年　　　月　　　日) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |
| 宇土市長　様  　上記の居宅介護支援事業者に居宅介護サービス計画の作成を依頼することに同意します。  　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　住所  　　　　被保険者  　　　　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | □被保険者資格　　　□届出の重複  　　　□居宅介護支援事業者事業者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  |

　注意事項

　1　この届出書は、要介護認定の申請のとき、又は居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに宇土市高齢者支援課へ提出してください。

　2　居宅サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず宇土市高齢者支援課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時的に全額自己負担していただくことがあります。