**居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **区分** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **※　太線の枠内についてご記入ください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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** | | | | | | | |
| 大・昭・西暦　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男　・　女 | | | | | | | |
| **居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **居宅介護支援事業所名** | | |  | | | | | **事業所の所在地** | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **電話番号** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **計画作成開始日** |  | |  | | | | | **事業所を変更する場合の理由等** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **令和　　　年　　　月　　　日より** | | | | | | | | **※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）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （あて先）　宝塚市長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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します。  　令和　　　年　　　月　　　日  **住所**  **被保険者**  **氏名**  **電話番号** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **保険者確認欄** | | □　被保険者資格　　　　□　届出の重複 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **居宅介護支援事業所番号** | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | |

（ご注意）１　この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画の作成を依頼する居宅介護支援事業者が決まり次第速やかに宝塚市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うえ、必ず宝塚市へ届け出てください。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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務処理欄 | 受付印 |  | 受付担当名 |  | □　被保険者証に記載  　□　資格者証に記載  　□　本人、家族が届出／　事業者へ連絡　□未　□済  　□　事業者届出  ☆　変更の場合　前事業者へ連絡　　□未　　□済 |