様式第14号（第17条関係）

居宅（介護予防）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 |
| 　　　年　 　月　　　日 |  |
| 居宅（介護予防）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 |  | 居宅介護支援事業所の所在地 | 〒 |
|  | 電話番号　　　(　　　)　　 |
| 居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 | ※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　　　日付） |
| （あて先）　臼杵市長　　　上記の居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）に居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼することを届け出します。　　　　　　　年　　　月　　　日被保険者　　住所 |
|  | 氏名電話番号　　　　　（　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| 保険者確認欄 | * 被保険者資格　□　届出の重複
* 居宅介護支援事業者事業所番号
* 介護予防支援事業者事業所番号
 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（注意）１．この届出書は、要介護認定の申請時に又は居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業所が依頼する事業所が決まり次第速やかに臼杵市へ提出してください。

　　　　２．居宅（介護予防）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、必ず臼杵市へ届け出してください。届け出のない場合、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。