

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	
居宅サービス計画作成を依頼(変更)する事業者			
事業者の事業所名		事業所の所在地	〒
		電話番号	( )
事業所を変更する場合の理由等	※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)		
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(夜間対応型訪問介護、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 (利用したサービス )			
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし			
北栄町長 手嶋俊樹 様 上記の小規模多機能型居宅介護事業者に居宅サービス計画作成を依頼することを届出します。 令和 年 月 日 住所 被保険者 電話番号 ( ) 氏名			
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号		

居宅サービス計画作成を依頼(変更)する居宅介護支援事業者が居宅介護支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。	
令和 年 月 日 氏名	

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画作成を依頼する居宅介護支援事業所が決まり次第速やかに北栄町へ提出してください。
- 2 居宅サービス計画作成を依頼する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず北栄町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。

**【申請書を提出する人】**※申請者が被保険者本人の場合、記載不要です。

該当欄に☑をし、氏名等記載してください。		<input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 代理人(☐委任状なし ☐委任状あり ☐登記事項証明)	
氏名		本人との関係	
住所	<input type="checkbox"/> 被保険者本人と同じ <input type="checkbox"/> 下記委任状と同じ 〒		電話番号( )

**【提出代行者についての記載欄】**

提出代行	住所または施設等の所在地	〒  TEL	代行施設等	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 指定介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	氏名または施設等の名称 (※施設等の場合は担当者名も記載)	Ⓜ		※施設等による提出代行の場合のみ施設印を押印
	申請者との関係			

**【委任状】**

委任者(被保険者)			
住所	〒	私は下記の者を代理人とし、居宅サービス計画作成依頼に関する手続きを委任します。 年 月 日	
氏名	Ⓜ		
生年月日	年 月 日		
代理人(委任者に代わって手続きをする人)			
住所	〒	代理人が介護サービス事業所の場合は、所属する事業所名等も以下に記入してください。	
氏名		施設名	
電話番号		住所等	
関係			

【北栄町記入欄】 身元確認書類(顔写真つき1点/写真なし2点)		
代理権の確認 <input type="checkbox"/> 登記事項証明(成年後見等) <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険証 <input type="checkbox"/> 医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 その他( )	代理人の身元確認 <input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> 運経 <input type="checkbox"/> ケアマネ証 <input type="checkbox"/> 医療被保険者証 ☐( )手帳 その他( )	被保険者本人の個人番号確認 個番力(原本・写) 通知力(原本・写) その他( )