

介護(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			
	明・大・昭 年 月 日				男・女			

介護(介護予防)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	事業者の所在地	〒
印	電話番号 ( )	

介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者

※居宅介護支援事業者が介護予防支援を受託する場合のみ記入して下さい。

事業者の事業所名	事業者の所在地	〒
印	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下さい。

変更年月日  
( 年 月 日付)

糸島市長 様

上記の居宅介護支援事業者に介護(介護予防)サービス計画作成を依頼することを届出します。

年 月 日

住 所

被保険者

氏 名

印

電話番号 ( )

代理人欄	下記の者に提出を依頼します。	
	代理人 事業所等の名称 氏名	事業所印

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"/> 居宅介護支援事業者事業所番号

(注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請書に、もしくは、居宅サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに糸島市役所へ提出して下さい。

2 介護(介護予防)サービス計画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、必ず糸島市役所に届出してください。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。