

この様式は、「要介護1～5」の認定（予定）者用です。
 ※「要支援1～2」の認定（予定）者用は別の様式になります。

別記様式第17号（第12条関係）

介護保険 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 ヤクバ タロウ		0	0	0	0	0	×	×	×	×	×	
役場 太郎		個 人 番 号		×	×	×	×	×	×	×	×	×
		生 年 月 日		性 別		明・大・昭XX年XX月XX日		男				
		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										
居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地	〒083-XXXX										
〇〇居宅介護支援事業所	中川郡池田町字〇〇××番地の△△			電話番号 015-XXX-XXXX								
居宅介護支援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										
		(年 月 日付)										
池田町長 様		上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画作成を依頼することを届け出します。										
		XX年XX月XX日		住所 中川郡池田町字〇〇××番地の△△		電話番号 015-XXX-XXXX						
被保険者		氏名 役場 太郎										
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複										
適用開始日をご記入ください。 ※提出日ではありません。												

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。

XX年XX月XX日 氏名 役場 太郎

- (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者が決まり次第速やかに池田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者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず池田町へ提出してください。提出のさい場合サービスに係る費用を一旦、全額自己負担

手書きによりご署名ください。
 ※被保険者ご自身のご署名が難しい場合は代筆でもよろしいです。