様式第17号（第12条関係）

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 | | | | | |
| 年　 　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | | | |
| 居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者の事業所名 | | | | | | | | | | |  | | | | 事業者の所在地 | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| 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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 宇和島市長　様  　　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出します。  　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | | | | | | | 住　　所　〒  電話番号  氏　　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注意）１　この届出書は、要介護認定の申請時に、又は居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり

次第、速やかに宇和島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上、必ず宇和

島市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。