

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		
ワカナ				
		個人番号		
		生年月日		性別
		明・大・昭	年	月
居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者				
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事由等		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)		
<p>長岡市長様</p> <p>上記の居宅介護（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ます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>被保険者 電話番号 ()</p> <p>氏名</p>				
保険者確認欄	被保険者資格 届出の重複			
	居宅介護（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、若しくは、居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業所が決まったときに、速やかに長岡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、必ず長岡市に届け出てください。届出のない場合、サービスにかかる費用をいったん、全額自己負担していただくことがあります。