

受付

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	
		年 月 日	
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		※該当する□にレ印を記入してください。	
☐ 介護予防支援事業者		☐ 居宅介護支援事業者	
☐ 介護予防小規模多機能型居宅介護事業者		☐ 小規模多機能型居宅介護事業者	
☐ 複合型サービス事業者			
事業所名	事業所番号		
所在地	サービス計画の作成開始日		
	年 月 日から		
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。		
(介護予防)小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスの利用開始月における居宅(介護予防)サービス等の利用の有無		(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者及び複合型サービス事業者の場合のみ記入してください。	
☐ 居宅(介護予防)サービス等の利用あり (利用したサービス：)			
☐ 居宅(介護予防)サービス等の利用なし			
(宛先) 高崎市長			
上記の事業所に居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼することを届出します。			
年 月 日			
被保険者		住所	
		電話番号	
氏 名		(-)	
提出代行者		住所	
		被保険者との関係	
氏 名		()	
保険者確認欄	☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 事業所番号		
		入力者	最終確認

(注意) 1 この届出書は、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り次第、速やかに高崎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、変更前・変更後の事業者連絡のうえ、必ず高崎市に届出をしてください。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。