

様式第15号（第11条関係）

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 | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: right;">変更年月日 (年 月 日付)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>(あて先)京田辺市長</p> <p>上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画・介護予防支援事業者に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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">電話番号 ()</p> <p>被保険者 氏名</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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・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又はサービス計画作成を依頼する事業者(以下「事業者」という。)が決まり次第速やかに京田辺市へ提出してください。
 *京田辺市においては事業者を通して届出をお願いしておりますのでこの届出書を事業者へお渡しください。
- 2 サービス計画作成を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず京田辺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。