

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				
		明・大・昭 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下さい。							
				変更年月日 (令和 年 月 日付)							
北海道伊達市長 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。											
令和 年 月 日											
住所											
電話番号 ()											
被保険者											
氏名 印											
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伊達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うえ、
必ず伊達市に届け出してください。
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。

(担当) 健康福祉部高齢福祉課介護保険係 電話0142-82-3196