|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 受付印 |  |
| 受付窓口 |  |

※提出前に記入ミス・記入もれ等がないか今一度ご確認ください。

※提出後の内容確認のため必要な場合は、各自コピーをお取りください。

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

江戸川区長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　※太線の中に記入、〇をつけてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | | 新規・変更 | 認定状況 | | | | | | | 申請中（新規・区分変更・更新）　・　認定済 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | 生年月日 | 明・大・昭  　年　　　月　　　日 |
| 個人番号 | |  |  | |  | |  | | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | 男　・　女 |
| 住　　所 | | 〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 下記の居宅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け出ます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者の事業所 | 事業所名 | | 担当者名（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の  所在地 | | 〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　℡　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 指定年月日 | | 平成・令和 　年　　月　　日　※江戸川区外の事業所のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 計画作成開始  （変更）年月日 | | | 令和 　　　年　　　　月　　　　日から  ※事業所がサービス計画の作成（給付管理）を開始した日を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者を変更した事由等 | | | ※事業所を変更した場合のみ記入してください。  利用者都合・事業者都合（事由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（ご注意）○この届出書は、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、

介護保険被保険者証と一緒に提出してください。

○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、

変更理由・変更年月日を記入のうえ、忘れずに届け出てください。

（問合せ先・提出先）江戸川区介護保険課指導係　電話番号　03（5662）0892

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区記入欄 | 被保険者証受領 | 本人確認 | ケアプラン届入力 | 被保険者証交付 | 特　記　事　項 | 確認 |
| □受領済  □後日提出  □紛失  [　　　　　　　 ] | □運転免許証  □個人番号ｶｰﾄﾞ  □保険証  □その他［　　　　　］ |  |  |  |  |

令和元年５月版