

介護サービス計画作成依頼（変更）届出書

介護サービスを受けるために、サービス計画を作成するケアマネージャーを選んでください。ケアマネージャーはご自身にあった介護サービスが受けられるよう相談と提案を行います。別紙のケアマネージャーの一覧から事業所を選んで頂き、計画作成を直接依頼し、この書面を福祉課まで提出してください。なおこの届出書を提出しない場合、また介護サービス計画を作成しないでサービスを利用した場合、サービスにかかる費用を一旦、全額ご負担して頂くことになります。

お名前（フリガナ）	どちらかを○で 選んでください	区 分	新規	変更
		性 別	男	女
		被保険者番号		
生年月日 明・大・昭 年 月 日				

介護サービス計画の作成を依頼する事業者（ケアマネージャー）

事業者（所）番号	事業者（所）の所在地
	〒 —
事業者（所）名	住所
	電話 ()

ケアマネジメント等サービスをご利用される開始時期

適用年月日
年 月 日 から開始

事業所を以前の事業所から変更される場合は下記にその理由をお書きください

理由：.....

.....

平群町長 殿

上記の 居宅介護支援事業事業者（所）、 小規模多機能型居宅介護支援事業者（所）に介護サービス計画の作成を依頼することを届出いたします。

記入日：.....年 月 日

被保険者： 住 所 : 平群町 電話番号 —

.....お名前

.....代筆者 (続柄:.....)