様式第２３７号（第４１９条関係）

# 居宅サービス計画等作成依頼（変更）届出書

| 種　別 | 区　分 | 申請日　〇〇年　〇〇月　〇〇日 |
|---|---|---|
| 介護・予防・総合事業 | 新規・変更 | |

| 被保険者氏名 | 被保険者番号 |
|---|---|
| フリガナ　ヨシカワ　タロウ | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 |
| 吉川　太郎 | 個人番号<br>〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 |
| | 生年月日<br>〇〇年　〇〇月　〇〇日 |

居宅サービス計画等を依頼（変更）する事業者

| 事業者の事業所名 | 事業所の所在地 |
|---|---|
| 居宅介護支援事業所〇〇〇〇 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇県〇〇市〇〇□□丁目〇〇番地△<br>電話番号　〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇 |

介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者
※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。

| 居宅介護支援事業所名 | 居宅介護支援事業所の所在地 |
|---|---|
| | 〒<br>電話番号　（　　） |

事業所を変更する場合の理由等　※変更する場合のみ記入してください。

変更年月日
（　　年　　月　　日付）

（あて先）吉川市長

上記の居宅介護（介護予防）支援事業所に居宅サービス計画等を依頼することを届け出します。

（届出年月日）　〇〇年　〇〇月　〇〇日

被保険者　住　所　〇〇県〇〇市〇〇□□丁目〇〇番地△　電話番号　〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
　　氏　名　吉川　太郎

| 確認欄 | □　被保険者資格　□　届出の重複<br>□　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、又は居宅サービス計画等の作成を依頼する事業所等が決まり次第速やかに市へ提出してください。

２　介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず市へ届け出てください。
　届け出のない場合、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。

３　住所地特例の対象施設に入居中で、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。