別記様式第12号(第14条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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) | | |  | |  |  |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | | | **生年月日** | | | | | | | | | | | | | | | | **性別** | | | | |  |
| **明治・大正・昭和**  **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 ）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **長岡京市長　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け出します。**    **令和　　年　　月　　日**  **住所：**  **被保険者　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：(　　　)　　－**  **氏名：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | □　被保険者資格　　□　届出の重複  　□　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長岡京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、必ず長岡京市に届け出てください。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.　　　　の枠内を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |