様式第17号

※　居宅介護支援事業所へ居宅サービス計画の作成を依頼した後に，被保険者証を添付の上，

この届出をしてください。

※　被保険者証に居宅介護支援事業所が記載されている方は，事業所が変わらない限り提出の

必要はありません。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | |
| 年 　 　月　 　 日 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所名 | | | | |  | | | | | | | 居宅介護支援事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 居宅介護支援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 　　　日付け） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 高知市長　　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ます。  　　　年　　　　月　　　　日  　　　　　　住所  被保険者  　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス利用開始日 | | | | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証の添付 | | | | | 有　・　無　（事由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注意）　１　この届出書は，要介護認定の申請時又は居宅サービス計画の作成を依頼する居宅介護支事業所が決

まり次第速やかに高知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上，必ず高知市

に届け出てください。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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険者確認欄  （高知市記入欄） | 被保険者証  郵送・窓口交付 | □新規申請中　□変更申請中　□二次判定（　　　　 　）  □更新申請中　□介護申請中　□複写交付済  備考欄 | |
| 高知市役所　介護保険課　給付係  （電話）０８８－８２３－９９５９ | | | 入力 |