

どちらかに○印をつける

区分
新規 **変更**

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号				
フリガナ アンジョウ ハナコ		0	0	0	0	0
安城 花子		1	2	3	4	5
		生 年 月 日				
		昭和20年 1月 1日				
居宅介護サービス計画等の作成を依頼 (変更) する事業者						
事業者及び事業所の名称			事業所の所在地			
安城ケアプランセンター			〒446-8501 安城市桜町18番23号			
事業所番号		2	3	1	1	1
		1	1	1	1	1
		電話番号 (0566) 71-1111				
サービス開始 (変更) 年月日		令和8年 4月 1日				
事業所を変更する場合の理由等		※事業所を変更する場合のみ記入してください。				
		介護認定を受けたため				
(看型居宅介護予防サービス等) ①小多機または看多機のみ 当てはまる方にチェック ②「利用あり」の場合は利用したサービスを記載する		多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス等(居宅療養管理指導及び 者生活介護を除く。)及び地域密着型通所介護及び認知症対応型通所介護 予防小規模多機能型居宅介護等(居宅療養管理指導及び介護予防特定施設 サービス(介護予防認知症対応型通所介護(短期利用型)に限る。)の利用の有無を記入してください。 居宅サービス等又は介護予防サービス等の利用あり)))				
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等又は介護予防サービス等の種類		変更には○印をつけた場合のみ記入する				
安城市長 上記の居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者等の作成を依頼することを届出します。 令和8年 4月 1日 住所 安城市桜町18番23号 被保険者 氏名 安城 花子 (※) 本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。 電話番号 (0566) 71 - 0000		代筆の場合は押印する (シャチハタ印は不可) 印				
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複	受付者	入力者	保険証	
	<input type="checkbox"/> 認定(要支援・要介護)	<input type="checkbox"/> 事業者番号			入力済	
	<input type="checkbox"/> 事業対象者(要チェックリスト)				申請中	

備考

- この届出書は、居宅介護サービス計画等の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに介護保険被保険者証を添えて安城市役所高齢福祉課に提出してください。
- 居宅介護サービス計画等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、介護保険被保険者証を添えて必ず安城市役所高齢福祉課に届け出てください。届出のない場合は、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。