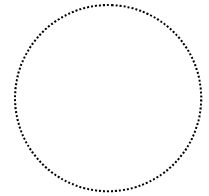


# 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書



		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										
	明・大・昭 年 月 日	男・女										
居宅サービス計画作成を依頼（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										
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 (令和 年 月 日付)												
下松市長 様 上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画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 氏 名 電話番号												
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号											
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											

(注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画作成を依頼する居宅介護支援事業者が決まり次第速やかに下松市へ提出してください。  
 2 居宅サービス計画作成を依頼する居宅介護支援事業者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず下松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。

委任状は委任者（代筆者）がすべて自書してください。

## 委 任 状

下松市長 宛

代理人住所	
代理人氏名	
代理人生年月日	明・大・昭・平 年 月 日

上記の者を代理人とし、

介護保険被保険者証等（再）交付申請

介護保険要介護（要支援）認定申請（新規・更新・変更）

居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）申請

介護保険負担限度額認定申請

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請

介護保険料・介護給付費の還付金受領

その他（ \_\_\_\_\_ ）

の権限について委任します。

令和 年 月 日

委任者住所	
委任者氏名	
委任者生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
委任者電話番号	( ) -

※ 委任者が自書できない場合は以下もご記入ください。代筆者以外の方は記入しないでください。

※ 代理人と代筆者の方は、必ず別の方でお願いします。

上記委任者本人は書写不能のため、委任者の意思を確認のうえ代筆者が委任状を代筆しました。

代筆者住所	
代筆者氏名	
代筆者生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
本人との続柄	