

<介護給付用>

該当するいずれかの項目を  
チェックしてください。

受付印

### 居宅サービス計画作成依頼

変更の場合、居宅を変更した理由を  
記入してください。

【提出事由】 いずれかにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 要支援 ⇒ 要介護 <input type="checkbox"/> 事業対象者 ⇒ 要介護	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 居宅の変更（以下に変更理由を記載）
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ	0 0 0		
個人番号（マイナンバー）を 記入してください。		個人番号（マイナンバー）	
生年月日	明・大・昭	年	月 日
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			
事業者の事業所名		事業所の所在地 〒	
担当（		）	
事業所番号		サービス開始年月日を記入してください。	
		電話番号（	
		）	
開始又は変更年月日		（ 年 月 日付）	
町田市長様			
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出ます。			
年 月 日		被保険者が署名した日付を記入してください。	
住所			
被保険者			
氏名		電話番号（	
		）	
（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作成を依頼する居宅介護支援事業所 が決まり次第速やかに町田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上、 必ず町田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			
情報提供時に必要となりますので、 必ずどちらかにチェックしてください。			
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の居宅介護支援の提供に当たり、被保 険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援に係る調査内容、介護認定審査会による 判定結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護支援事業者に必要な範囲で提示することに			
<input type="checkbox"/> 同意します		<input type="checkbox"/> 同意しません	
保険者確認欄		こちらは記入不要です	