

# 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

※介護保険被保険者証（または資格者証）を必ず添付してください。  
 ※太枠の中の各欄にご記入ください。  
 ※裏面の注意事項を必ずお読みください。

区 分	新規	(受付印)
	変更	

被 保 険 者 氏 名	被 保 険 者 番 号
ワカナ	
	個 人 番 号
	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（事業所記入欄）	
事業所番号	事業所の所在地 〒 -
事業所名	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に必ず記入してください。）	
<input type="checkbox"/> 自宅から近くて便利 <input type="checkbox"/> サービス事業所と同系列の事業所が便利 <input type="checkbox"/> 主治医と連携のとれる事業所を希望 <input type="checkbox"/> 前事業所の休止・廃止 <input type="checkbox"/> 前事業所からの紹介 <input type="checkbox"/> その他 ( )	新事業所でのケアプラン作成開始年月日（変更年月日） ※徳島市が受理した日が変更年月日となります 令和 年 月 日 ・前事業所へ契約の解約について連絡をした日 令和 年 月 日 ・前事業所へ連絡した人（続柄） ( )

徳 島 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 ( ) -  
 代筆者氏名（続柄等） ( )

届出書を提出する者	
氏名または名称（続柄等）	住所または所在地 〒 -
<input type="checkbox"/> 家 族（本人との続柄） ) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	電話番号 ( ) -

課長	課長補佐	係長	証交付	確認	入力日	入 力	受付日	受付	備考
			申請中		/		/		

被保険者証等の取扱：証回収 資格者証記載 資格者証回収 資格者証記載欄なし  
再交付 2号申請と同時（即確認） 介護扶助からの引継ぎ 異動届あり 転入

提出者	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )
本人	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 受給資格証明書 <input type="checkbox"/> 転入証明書
番号	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 ( )

**かならずお読みください**

- 1 この届出書は、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、すみやかに徳島市の高齢介護課へ提出してください。届出のない場合、介護サービスに必要な費用を一旦全額自己負担していただくことがあります。
- 2 **事業所の登録は徳島市が受理した日**となります(※月の1日付の変更のみ、月末の3開庁日に事前提出することができます)
- 3 届出時には必ず**介護保険被保険者証**(資格者証・受給者資格証)を提出してください。
- 4 届出時には必ず**被保険者及び提出者の身分を証明できるもの**の提示をお願いします。  
(運転免許証、介護保険負担割合証等)
- 5 個人番号については、個人番号カード等の提示で確認させていただきます。
- 6 施設サービスを利用する場合は、この届出書を提出する必要はありません。

( 記 入 例 )

居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書		区 分
※介護保険被保険者証(または資格者証)を必ず添付してください。 ※本枠の中の各欄にご記入ください。 ※裏面の注意事項を必ずお読みください。		新規 変更
被保険者氏名 アガナ トクシマ タロウ	被保険者番号 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	
徳島 太郎	個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8	
	生年月日 明・大(昭) 12年 3月 5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(事業所記入欄)		
事業所番号 3 6 1 2 3 4 5 6 7 8	事業所の所在地 〒 770-1234	
事業所名 ●●居宅介護支援事業所	徳島市〇〇町〇丁目〇番地 電話番号(088) 621-0000	
事業所を変更する場合の事由等 (事業所を変更する場合に必ず記入してください。)		
<input type="checkbox"/> 自宅から近くて便利 <input type="checkbox"/> サービス事業所と同系列の事業所が <input checked="" type="checkbox"/> 主治医と連携のとれる事業所を希望 <input type="checkbox"/> 前事業所の休止・廃止 <input type="checkbox"/> 前事業所からの紹介 <input type="checkbox"/> その他	変更の場合のみ ご記入ください。	事業所でのケアプラン作成開始年月日(変更年月日) 徳島市が受理した日(変更年月日)となります 令和 3年 5月 7日 前事業所へ契約の解約について連絡をした日 令和 3年 5月 6日 前事業所へ連絡した人(続柄) 徳島 花子(妻)
徳島市長様 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 3年 5月 7日 住所 徳島市幸町2丁目5番地 被保険者 氏名 徳島 太郎 電話番号(088) 621-0000 代筆者氏名(続柄等) 徳島 花子 (妻)		
届出書を提出する者		
氏名または名称(続柄等)	〒 770-0000	
<input type="checkbox"/> 家族(本人との続柄) <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他	徳島市〇〇町〇丁目〇番地 電話番号(088) 621-0000	
●●居宅介護支援事業所 担当▲▲▲▲▲▲		

「介護保険被保険者証」  
又は「認定結果通知書」の  
「被保険者番号」をご記入  
ください。

個人番号(マイナン  
バー)をご記入く  
ださい。

変更の場合のみ  
ご記入ください。

届出の提出を  
事業所に依頼  
することができます。

この届出書に関するお問い合わせは…  
 〒770-8571 徳島市幸町2丁目5番地  
 徳島市 高齢介護課 給付係  
 電話 (088) 621-5585