様式第２４号（第１２条関係）

居宅サービス計画（介護予防サービス計画）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	
ﾌﾘｶﾞﾅ			
		生年月日	性　別
個人番号		明・大・昭　　年　月　日	男　・　女

居宅サービス計画（介護予防サービス計画）の作成を依頼する事業者	事業者の事業所名	
	事業所の所在地	〒 電話番号　（　　）
介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援を受託する場合のみ記入して下さい。	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又は受託先の居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等 ※変更する場合のみ記入して下さい。	変更事由等	変更年月日　（　　年　月　日付）

女川町長　　様

上記の｛□居宅介護支援事業者
□介護予防支援事業者
□小規模多機能型居宅介護事業者｝に居宅サービス計画（介護予防サービス計画）の作成を依頼することを届け出します。

年　月　日

被保険者　住　所

氏　名　　印

電話番号　（　　）

保険者確認欄	□　被保険者資格　　□　届出の重複 □　居宅介護支援事業者事業所番号　　□　介護予防支援事業者事業所番号 □　小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号

（注意）１　この届出書は、要介護、要支援認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画（介護予防サービス計画）の作成を依頼する事業所が決まり次第被保険者証を添えて、速やかに女川町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うえ、必ず女川町に届け出してください。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。