

介護保険居宅サービス計画作成依頼等届出書

区 分
新規・変更・不要
要支援 ⇄ 要介護

被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号				
フリガナ									
					個 人 番 号				
					生 年 月 日				
					明・大・昭 年 月 日				
居宅サービス計画の作成を依頼等する事業者									
事業者の事業所名					事業所の所在地 〒				
					電話番号 ()				
適用開始年月日 ケアプラン作成開始(変更)年月日					年 月 日				
事業所を変更又は不要とする場合の事由等					*変更又は不要とする場合のみ記入してください。				
小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無									
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり (利用したサービス : _____) <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし									
(宛先)東京都板橋区長 上記の件について届け出します。 年 月 日 住 所 _____ 被 保 険 者 氏 名 _____ 電話番号 _____									
保 険 者 確 認 欄					<input checked="" type="checkbox"/> 認定結果 <input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他(年 月 日付)				

- (注意) 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、速やかに区の受付窓口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、必ず区の受付窓口へ届け出てください。届け出のない場合、サービスにかかる費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
- 3 居宅サービス計画の作成を依頼した事業所を不要とするときは、不要年月日を記入のうえ、必ず区の受付窓口へ届け出てください。
- 4 裏面に、区の受付窓口へ届け出た方の住所・氏名等を必ずご記入ください。

区の受付窓口一覧表

1. 介護保険課(区役所)

〒173-8501 板橋区板橋2-66-1

電話番号 03-3579-2356

※ 届出の際に、被保険者証も一緒に提出してください。

区の受付窓口届け出た方の住所・氏名等記入欄

住 所	(〒) 電話番号		
フリガナ 氏 名		本人と の関係	
事業所が提出 する場合は、 名称等を記入			

区 処 理 欄	被保険者証(資格者証)	
	1. 窓口交付	
	2. 郵 送	
	住民登録地・事業所所在地	
	端末入力	窓口受付