居宅・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	
生年月日	明･大･昭　　年　　月　　日
性　別	男　・　女
被保険者番号	

受　　付

居宅・介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する事業所	
事業者の事業所名	事業所の所在地　〒 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のみ記入してください。
変更年月日	平成　　年　　月　　日

有田町長　　様

上記の事業者に居宅・介護予防サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。

平成　　年　　月　　日

住　所

被保険者

氏　名　　㊞

電話番号　　（　　）

保険者確認欄	□被保険者資格　　□届出の重複 □居宅介護支援事業所番号

〈注意〉1　この届出書は、認定の申請時に、もしくは居宅・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、速やかに有田町健康福祉課へ提出してください。

2　居宅・介護予防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、必ず有田町健康福祉課へ届け出してください。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。

3　この届出書を提出後、被保険者の認定結果が要支援状態区分に該当する場合は、作成を依頼（変更）する事業者の欄は「有田町地域包括支援センター」と読み替え、記載してある事業者は、被保険者が介護予防支援サービス計画作成の委託を希望する事業者として取り扱います。