

別記第 20 号様式 (第 12 条関係)

介護保険居宅介護サービス計画費等代理受領に係る届出

届出種別	<input type="checkbox"/> 居宅介護サービス計画費 <input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画費	届出区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 終了
被保険者番号		個人番号	
フリガナ		生年月日	性別
被保険者氏名		明・大・昭 年 月 日	男・女

居宅介護（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更・終了）する事業者

事業所名		連絡先	() -
所在地	〒		
開始年月日	(年 月 日)	※新規の場合のみ記入	

居宅介護（介護予防）支援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）

<input type="checkbox"/> 要支援から要介護状態に変わったため <input type="checkbox"/> 要介護から要支援状態に変わったため <input type="checkbox"/> その他 ()	
変更年月日	(年 月 日) 変更前の事業所名

居宅介護（介護予防）サービス計画作成依頼を終了する場合の事由等（※終了する場合のみ記入）

<input type="checkbox"/> 施設（病院）に入所（入院）したため ・施設（病院）名 _____ ・入所（入院）日 _____ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 居宅サービスの利用予定がないため（①本人希望なし ②家族で介護 ③自立し介護不要） <input type="checkbox"/> その他 ()	
終了年月日	(年 月 日) 終了前の事業所名

稚内市長 様

上記のとおり、介護保険居宅介護（介護予防）サービス計画費の代理受領に係る事項について届け出します。

年 月 日

(届出者) 住所 〒

氏名

☎ () -

- 注 1 この届出書は、要介護・要支援認定等の申請時又は居宅介護・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被保険者証を添付して稚内市に提出してください。
- 2 居宅介護・介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所又は介護予防支援を受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず稚内市に提出してください。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 施設入所・入院等で居宅介護・介護予防サービス計画の作成依頼を終了するときは、事業所と確認し終了年月日を記入のうえ、稚内市に提出してください。

事務処理欄	確認	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複	<input type="checkbox"/> 事業所番号	受付印
	入力	担当者	備考	