

様式第9号(第11条関係)

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・終了				
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号									
フリガナ <span style="color: red;">グ ジョウ タロウ</span>					1	9	0	0	0	0	1	2	3	4
郡 上 太 郎					生 年 月 日					性 別				
					明・大・昭 2年 3月 4日					男・女				
居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者														
事業者の事業所名					事業所の所在地									
郡上相談センター					〒501-4222 郡上市八幡町島谷 223 番地 電話番号 (67)5678									
変 更	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 ( 年 月 日付)													
終 了	現在の居宅サービス計画の作成を終了(終了の理由)													
	施設入所 ( )					入院 ( )								
その他：														
郡上市長 上記のとおり届出します。  平成 20年 5月 1日  住 所 <span style="color: red;">郡上市八幡町島谷 228 番地</span> 被 保 険 者 氏 名 <span style="color: red;">郡上 太郎</span> 電話番号 <span style="color: red;">(67)1807</span>														
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						

(注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、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市の窓口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上、必ず市の窓口へ届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用をいったん、全額自己負担していただくことがあります。