

**居宅介護支援事業所をお選びになりましたら、この届出をしてください。**

- ・届出の方法は、別添の「はじめにお読みください」を御参照ください。
- ・施設サービスを利用される方は、この届出は必要ありません。

( 記 入 見 本 )

様式第26号(第20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**

水戸市長 様

「要介護認定・要支援認定等結果通知書」に記載されている被保険者番号を記入してください。

下記の居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者に居宅サービス計画等の作成を依頼することを届け出ます。

受付印

被保険者の住所・氏名・生年月日・性別を記入してください。

被 保 険 者										届出年月日		令和 ○年 ○月 ○日	
被保険者番号										0 1 2 3 4 5 6 7 8 9		個人番号	
住所										〒 310-0000		電話番号 ○○○ (○○○) ○○○○	
電話番号										水戸市○○町○-○-○			
フリガナ										ミト タロウ		生年月日	
氏 名										水戸太郎		明治・大正・昭和 ○○年○月○日	

実際に水戸市の窓口に提出する日を記入してください。

はじめて申請する方は「新規」を○で囲んでください。

事業所を変更する場合のみ記入してください。

保険者確認欄なので記入しないでください。

居宅介護(介護予防)支援事業者の事業所番号・事業所名・所在地を記入してください。

居 宅 介 護 ( 介 護 予 防 ) 支 援 事 業 者										届 出 区 分			
事業所番号										0 1 2 3 4 5 6 7 8 9		新規 ・ 変更	
事業所を変更する場合の事由等										変更年月日		年 月 日	
事業所の所在地										〒 310-0000		電話番号 ○○○ (○○○) ○○○○	
事業所名										水戸市○○町○-○-○			
事業者及びその事業所の名称										居宅介護支援事業所		○○○○○○	
小規模多機能型居宅介護(介護予防)事業所、複合型サービス事業所は、利用開始月における居宅サービス等の利用の有無を記入してください。													
利用開始日 年 月 日													
<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													

小規模多機能型居宅介護事業所、複合型サービス事業所を利用する場合は、利用開始日、居宅サービス等の利用有無を記入してください。

備考欄	再発行申請	認定申請	部会	審査会	発送日	入力日

問合せ先 水戸市保健福祉部 介護保険課  
 住所 〒 310-8610 水戸市中央1-4-1  
 電話番号 029-232-9177(直通)