小規模多機能型居宅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 | | | | | 被　保　険　者　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |
|  | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 明治・ 大正・ 昭和　　　年　 　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小規模多機能型居宅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 | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 電話番号　　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当介護支援専門員名 | |  | |
|  | | | |
| サービス計画開始(変更)日 | | | ※事業所を変更する場合は理由も記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス計画開始(変更)年月日（　　　　　年　　　月　　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※小規模多機能型居宅介護の利用開始月の居宅サービス(居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。)及び地域密着型サービス(夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護(短期利用型)に限る。)の利用有無を記入してください。  □　居宅サービス等の利用あり　（利用したサービス:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　居宅サービス等の利用なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 和光市長　様  　上記の小規模多機能型居宅介護事業者に居宅介護サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。  　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者　住所  　　　　　　氏名  電話番号　　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | * 被保険者資格　□　届出の重複 * 小規模多機能型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、又は居宅サービス計画の作成を依頼する事業所等が決ま り次第速やかに和光市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支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず

和光市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一旦、全額自己負担していただくことがあります。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付 | 入力 | 照合 |  | 特記事項 |
|  |  |  |  |