居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書（（看護）小規模多機能型居宅介護）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | | | | | | | | | | | | | |
| 新規 ・ 変更 | | | | | | | | | | | | | |
| 被　保　険　者　氏　名 | | | | | | | | | | | | | 被　保　険　者　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | | | 0 | | |  | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 明・大・昭　　　　　　　年　 　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する（看護）小規模多機能型居宅介護事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （看護）小規模多機能型  　　　　居宅介護事業所名 | | | | | | | |  | | | | （看護）小規模多機能型  　　居宅介護事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | 電話番号　：　　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | | | | | | | | | | | サービス開始（変更）年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  | 令和　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （看護）小規模多機能型居宅介護事業所を変更する場合の理由等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※変更する場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （看護）小規模多機能型居宅介護等の利用開始月における居宅サービス等の利用有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※（看護）小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス（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。）の利用の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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 香芝市長　様  　　　上記の（看護）小規模多機能型居宅介護事業者に居宅介護（予防）サービス計画の作成または介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。  また、居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する（看護）小規模多機能型居宅介護事業者が（看護）  　　小規模多機能居宅介護の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援  　　認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該（看護）小規模多機  　　能型居宅介護事業者に必要な範囲で提示することに同意します。  　　令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | | 住所  本人署名  （代筆者署名）　　　　　　　　　　（続柄） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | | | | * 被保険者資格　□　届出の重複 * （看護）小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | |

（注意）

１　この届出書は、居宅介護（予防）サービス計画の作成または介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等

　　が決まり次第速やかに香芝市に提出してください。

２　居宅介護（予防）サービス計画の作成または介護予防ケアマネジメントを依頼する（看護）小規模多機能型

　　居宅介護事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず香芝市へ届け出てください。

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　個人番号の記載が無い場合は、職員が住民基本台帳等の確認を行ったうえで、個人番号欄に補記します。