居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書 （(介護予防) 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 | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | |  | |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 明 ・ 大 ・ 昭　　　　　　　年　　　　 　月　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (介護予防)居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者の事業所名 | | | | | | | |  | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (介護予防) 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (介護予防) 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 | | | | | | | | | | | ※ (介護予防)小規模多機能型居宅介護利用前の(介護予防)居宅サービス((介護予防)居宅療養管理指導及び(介護予防)特定施設入居者生活保護を除く。)及び地域密着型(介護予防)サービス(夜間対応型訪問介護、(介護予防)認知症対応型通所介護及び(介護予防)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(介護予防）サービス等の利用あり （利用したサービス：　　　　 　　　　）  □ 居宅(介護予防)サービス等の利用なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 久万高原町長　様  　　上記の(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者に居宅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　　　　　　(　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　(介護予防)居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者が(介護予防)小規模多機能型居宅介護の提供に当たり、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(介護予防)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。

　　　　　　　　　年　　　　月　　　　　日　　氏名

（注意）１　この届出書は、要介護(要支援)認定の申請時に、又は(介護予防)小規模多機能型居宅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久万高原町へ提出してください。

２　(介護予防)居宅サービス計画の作成を依頼する（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所を変更するときは、変更

年月日を記入の上、必ず久万高原町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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者確認欄 | * 被保険者資格　□　届出の重複 * （介護予防）小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号 | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |