居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（小規模多機能） | 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 | 性別 |
| 明・大・昭　　 年　　 月　 　日 | 男・女 |
| 居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業所 |
| 居宅介護支援事業所名 |  | 居宅介護支援事業所の所在地 | 〒　　　－ |
|  | 電話番号　　　（　　　　）　　　 |
| 居宅介護支援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。 |
| 変更年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　年　　　月　　　日付） |
| 小規模多機能型居宅介護、及び複合型サービスの利用開始月における居宅サービス等の有無 | ※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、認知証対応型通所介護及び認知証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有り

　　（利用したサービス　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）* 居宅サービス等の利用無し
 |
| 長崎県西海市長　様上記の小規模多機能型居宅介護事業者に居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼することを届け出します。　　　年　　　月　　　日　　　　　　住所被保険者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　　）　　　　　　氏名 |
| 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

速やかに西海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事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず西海市へ届け

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、全額負担していただくことがあります。