居宅サービス（小規模多機能型居宅介護）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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 個人番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生　年　月　日 | 性　　別 |
| 　　　　　　年　　月　　日 | 男・女 |
| 居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する事業所 |
| 小規模多機能型居宅介護事業所名 | 事業所の所在地 | 〒 |
|  | 　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　） |
| 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。 |
| 変更年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日付） |
| 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は除く。）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 |
| 　須賀川市長　　　　上記の事業所に居宅サービス計画の作成を依頼することを届出します。　　　　　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、速やかに須賀川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、必ず須賀川市に届け出てください。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。