**（介護予防）小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護**

**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 | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | **個　人　番　号** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| **生年月日** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 明・大・昭　　　年　 　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **サービス計画の作成を依頼（変更）する事業所** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **事業所名・事業所番号** | | | | | | | | | | | | **事業所の所在地** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  | 〒  電話番号　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当者（　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| **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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 登録年月日（サービス開始日）・変更年月日（　　　年　　　月　　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付管理開始年月日（　　　　年　　　月　　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （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の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 下野市長　様  　　上記の（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所等に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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　　　□事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 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支援事業者が（看護）小規模多機能型  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。  本人氏名：　　　　　　　　　　　　　家族氏名（代筆の場合）：　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　） |

（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

速やかに下野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、必ず下野市へ届け出　　　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。