|  |  |
| --- | --- |
| 事業者確認欄 |  |

**太枠内を記入してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （小規模多機能型居宅介護用） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 区　分 | | | | | | | | | |  | |
| 新規・変更 | | | | | | | | | |
|  | 被　保　険　者　番　号 | | | | | | | | | | | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |
|  | 被　保　険　者　氏　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | 生　年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | 性　別 | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | 明 ・ 大 ・ 昭  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | 男　・　女 | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅サービス計画・介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者の事業名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 事業所の所在地 | | | | | | | | | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号（　　　　）　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス開始（予定）日 | | | | | | | 令和 　 年　 月 　日 | | | | | | | | | | |
| 事業所を変更する場合の事由等 | | | | | | | | | | | ※事業所を変更する場合のみ記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※変更年月日（利用開始日）  （令和　　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・介護予防サービス**（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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 砺波地方介護保険組合　理事長　宛  □居　宅  上記の小規模多機能型居宅介護支援事業者に　　　　　　 サービス計画の作成を依頼することを届出します。 　　　　 □介護予防    　令和　　年　　月　　日  　被保険者　　住所　　富山県    　　　　　　　氏名 電話番号（　　　　）　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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支援事業者事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  |
| 注１　この届出書は、要介護認定の申請時に、もしくは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  かに市町村の介護保険担当課へ提出してください。  注２　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、必ず市町村介護保険担当課に届出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担しいただくことがあります。  注３　被保険者の要介護度が「支援から介護」「介護から支援」になった場合にも届け出が必要になります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |