**居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書**

**小多機・看多機**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | | | | |
| 新規 ・ 変更 | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | |  |  | |  | |  |  |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | |
| 明・大・昭　　　　　年　 　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | | | | |  | | | | | | | | 事業所所在地 | | | | | | 〒 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | サービス利用開始（変更）年月日 | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | 年　 　月　　　日付 | | | | | | | | | | | | |
| 事業所を変更する場合の理由等 | | | | | | | | | | | | ※事業所を変更する場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （看護）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 | | | | | | | | ※（看護）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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （あて先）南魚沼市長  上記の小規模多機能型居宅介護事業者・看護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します。  　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | | 住所  氏名 | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　　(　　　) | | | | | | | | | |

注意　１　この届出書は、要介護認定の申請時、また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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者  確認欄 |  | 入力 | 確認 | 発送 | 申請中  ・  区変中 | 受付 |
|  |  |  |  |

速やかに南魚沼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上、必ず南魚沼市

へ届け出てください。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。