

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書（（看護）小規模多機能型居宅介護）

|                                                       |  |  |  |                                                                                                                                  |             |               |  |                            |  |         |  |   |  |
|-------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|--|----------------------------|--|---------|--|---|--|
|                                                       |  |  |  |                                                                                                                                  |             |               |  |                            |  | 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     |               |  |                            |  |         |  |   |  |
|                                                       |  |  |  |                                                                                                                                  | 年 月 日       |               |  |                            |  |         |  |   |  |
| 居宅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事業者                |  |  |  |                                                                                                                                  |             |               |  |                            |  |         |  |   |  |
| （看護）小規模多機能型<br>居宅介護事業所名                               |  |  |  |                                                                                                                                  |             |               |  | （看護）小規模多機能型<br>居宅介護事業所の所在地 |  |         |  | 〒 |  |
|                                                       |  |  |  |                                                                                                                                  |             |               |  | 電話番号                       |  |         |  |   |  |
| 事業所番号                                                 |  |  |  |                                                                                                                                  |             | サービス開始（変更）年月日 |  |                            |  |         |  |   |  |
|                                                       |  |  |  |                                                                                                                                  |             | 年 月 日         |  |                            |  |         |  |   |  |
| （看護）小規模多機能型居宅介護<br>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。                                                                                                               |             |               |  |                            |  |         |  |   |  |
|                                                       |  |  |  |                                                                                                                                  |             |               |  |                            |  |         |  |   |  |
| （看護）小規模多機能型居宅介護等の利用<br>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。 |             |               |  |                            |  |         |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり<br>（利用したサービス： ) |  |  |  |                                                                                                                                  |             |               |  |                            |  |         |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし                 |  |  |  |                                                                                                                                  |             |               |  |                            |  |         |  |   |  |
| 士別市長 様                                                |  |  |  |                                                                                                                                  |             |               |  |                            |  |         |  |   |  |
| 上の（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出します。        |  |  |  |                                                                                                                                  |             |               |  |                            |  |         |  |   |  |
| 年 月 日                                                 |  |  |  |                                                                                                                                  |             |               |  |                            |  |         |  |   |  |
| 〒                                                     |  |  |  |                                                                                                                                  |             |               |  |                            |  |         |  |   |  |
| 住 所                                                   |  |  |  |                                                                                                                                  |             |               |  |                            |  |         |  |   |  |
| 被保険者                                                  |  |  |  |                                                                                                                                  |             | 電話番号          |  |                            |  |         |  |   |  |
| 氏 名                                                   |  |  |  |                                                                                                                                  |             |               |  |                            |  |         |  |   |  |

居宅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事業者が（看護）小規模多機能型居宅介護の提供に当たり、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。

年 月 日 氏名

- （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士別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（看護）小規模多機能型居宅介護事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず士別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。

|        |                                                  |                                |
|--------|--------------------------------------------------|--------------------------------|
| 保険者確認欄 | <input type="checkbox"/> 被保険者資格                  | <input type="checkbox"/> 届出の重複 |
|        | <input type="checkbox"/> （看護）小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号 |                                |
|        |                                                  |                                |