

居宅(介護予防)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・看護小規模多機能型居宅介護用)

										区分	新規	変更								
フリガナ 被保険者 氏名										被保険者番号										
										個人番号										
										生年月日	明・大・昭	年	月	日						
居宅(介護予防)サービス計画作成を依頼(変更)する事業者の名称等																				
事業者の事業所名										事業所の所在地 〒										
事業所番号										電話番号 ()										
サービス計画作成の依頼年月日 (変更の場合は変更日)					令和 年 月 日より															
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。)																				
(介護予防)小規模多機能型居宅介護または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 ※(介護予防)小規模多機能型居宅介護または看護小規模多機能型居宅介護を利用する場合のみ記入してください。																				
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり (利用したサービス:) <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし																				
※小規模多機能型居宅介護または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(短期利用型を除く)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)及び地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用型)及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護に限る。)の有無を記入してください。(介護予防サービスの場合も同様に記入してください。)																				
清瀬市長 あて 上記の小規模多機能型居宅介護支援事業者又は看護小規模多機能型居宅介護事業者に居宅(介護予防)サービス計画作成を依頼することを届出します。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 電話番号 ()																				
届出代理人 氏名 本人との関係() 事業者名()																				
保険者確認欄					<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 認定(要支援・要介護) <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 送達先() <input type="checkbox"/> 利用開始月の居宅サービス等の利用の有無															

- (注意) 1 要介護認定等の申請時、又は申請後に居宅(介護予防)サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第、すみやかに清瀬市介護保険課へ介護保険被保険者証を添えて提出してください。
- 2 居宅(介護予防)サービス計画作成を依頼する事業所を変更する場合は、変更年月日を記入のうえ、必ず清瀬市介護保険課へ届け出てください。
- 3 届出のない場合、サービス利用にかかる費用を、いったん全額自己負担していただくことがあります。