**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事業者用］**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  | |  | |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |  | |  | 事業所の所在地 | | | | 〒 | | | | | | | |
| 事業所名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　　（　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員氏名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス計画作成　区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | サービス計画作成　開始（変更）年月日 | | | | | | | | | | | |
| 1 新規　・　2 変更　（該当番号に○をしてください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　　　月　　　　日　から | | | | | | | | | | | |
| 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下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １ 住所変更のため　　２ 認定区分の変更のため　　３ 自己都合のため　　４ 事業所都合のため  ５ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護サービス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（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1　有　・　2　無  居宅サービス等の利用有の場合、利用したサービスも記入してください。  利用したサービス［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 足立区長　あて  　　上記の居宅介護支援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  （自署の場合は押印不要です・ゴム印は不可） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (注意）1　この届出書は、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、事業所を通じて速やかに足立区介護保険課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、上記区分欄の変更に○をして必要事項記入の上、速やかに足立区に届け出してください。届出のない場合、サービス利用に係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受　付　印 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 入力者 | |  | | | | | | 入力日 | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |

**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事業者用］**

個人番号はわからなければ

空欄で構いません

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | ０ | ０ | ０ | １ | | | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （フリガナ）　　●●●　　　●●● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | | |
| △△　　▲▲ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 明･大･昭　 〇年　 〇月　〇日 | | | | | | | | | | | |
| 居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | | | １ | | ３ | | | １ | | ２ | | | ３ | | ４ | | ５ | | ６ | | | | ７ | | ８ | 事業所の所在地 | | | | 〒１２０－８５１０ | | | | | | | |
| 事業所名  〇×△居宅介護支援事業所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 東京都足立区中央本町１－１７－１  電話番号〇〇（〇〇〇〇）〇〇〇〇 | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員氏名：□□　■■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス計画作成　区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | サービス計画作成　開始（変更）年月日 | | | | | | | | | | | |
| 1 新規　・　2 変更　（該当番号に○をしてください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 令和〇〇年　〇〇月　〇〇日　から | | | | | | | | | | | |
| 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下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １ 住所変更のため　　２ 認定区分の変更のため　　３ 自己都合のため　　４ 事業所都合のため  ５ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護サービス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（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1　有　・　2　無  居宅サービス等の利用有の場合、利用したサービスも記入してください。  利用したサービス［訪問介護、通所リハビリテーション　　　　　　　　　　　］ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 足立区長　あて  転居の予定がある場合でも、住所はご記入いただいた日時点のものをお書きください  転居の予定がある場合でも、住所はご記入いただいた日時点のものをお書きください  転居の予定がある場合でも、住所はご記入いただいた日時点のものをお書きください  　　上記の居宅介護支援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。  　　　　令和〇〇年　〇〇月　〇〇日  転居の予定がある場合でも、住所はご記入いただいた日時点の、住民票上の住所をお書きください  　　　　　　住所東京都足立区梅島２－２－２  　　被保険者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　〇〇（〇〇〇〇）〇〇〇〇  　　　　　　氏名　△△　▲▲　　　　　　　　　　　印  **（自署の場合は押印不要です・ゴム印は不可）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (注意）1　この届出書は、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、事業所を通じて速やかに足立区介護保険課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、上記区分欄の変更に○をして必要事項記入の上、速やかに足立区に届け出してください。届出のない場合、サービス利用に係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受　付　印 | | | | | | |
| 足立区では、本申請書提出時に被保険者証の提出は不要です。被保険者証の居宅介護支援事業所の欄は、ご自身でご記入ください。  足立区では、本申請書提出時に被保険者証の提出は不要です。被保険者証の居宅介護支援事業所の欄は、ご自身でご記入ください。 | | | | | | |
| 入力者 | |  | | | | | | 入力日 | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |