**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 |  |  |