居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | | | |
| 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | | | | | |
| 居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者の事業所名 | |  | | | 事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 電話番号　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | 変更年月日  （　　　　年　　月　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護等の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| ※　小規模多機能型居宅介護等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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 沼田市長　様  上記の小規模多機能型居宅介護事業者等に居宅サービス計画の作成を依頼することを届出  ます。  　　　　　　年　　月　　日  　　被保険者　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　）  　　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | □　被保険者資格　　□　届出の重複  □　小規模多機能型居宅介護事業者等事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | |  | | | | | |  | | | |  | | |  | | |

（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沼田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うえ、

　　　　　必ず沼田市に届け出してください。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。