

## 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

小規模

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                                                                                                                               |  |  |  |  | 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                             |  |                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                       |  |  |  |  |             |  |  |  |  |
| 事業者の事業所名                                            |  |                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  | 事業所の所在地 〒                                                                                                                             |  |  |  |  |             |  |  |  |  |
|                                                     |  |                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  | TEL ( )                                                                                                                               |  |  |  |  |             |  |  |  |  |
| 事業所番号                                               |  |                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  | サービス開始年月日                                                                                                                             |  |  |  |  |             |  |  |  |  |
|                                                     |  |                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日                                                                                                                              |  |  |  |  |             |  |  |  |  |
| 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（令和 年 月 日付）                                    |  |                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                       |  |  |  |  |             |  |  |  |  |
| 小規模多機能型居宅介護の利用<br>開始月における居宅サービス等<br>の利用の有無          |  |                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  | ※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<br>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<br>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（短期型）<br>に限る。）の利用の有無を記入して下さい。 |  |  |  |  |             |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり<br>（利用したサービス： |  |                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  | ⇒居宅介護支援事業所が小規模多機能型居宅介護分を含めた1ヶ月分の給付管理票を作成します。                                                                                          |  |  |  |  |             |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし               |  |                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                       |  |  |  |  |             |  |  |  |  |
| 洲 本 市 長 様                                           |  |                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                       |  |  |  |  |             |  |  |  |  |
| 上記の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<br>を届け出します。   |  |                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                       |  |  |  |  |             |  |  |  |  |
| 令和 年 月 日                                            |  |                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                       |  |  |  |  |             |  |  |  |  |
| 住 所                                                 |  |                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                       |  |  |  |  |             |  |  |  |  |
| 被保険者                                                |  |                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                       |  |  |  |  |             |  |  |  |  |
| 氏 名 TEL ( )                                         |  |                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                       |  |  |  |  |             |  |  |  |  |
| 保険者<br>確認欄                                          |  | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                       |  |  |  |  |             |  |  |  |  |
|                                                     |  |                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                       |  |  |  |  |             |  |  |  |  |

居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者が居宅介護支援の提供にあたり、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居宅介護支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

令和 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等の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに被保険者証又は資格者証と共に洲本市へ提出してください。
- 2 居宅サービス計画等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、必ず洲本市に届け出てください。届け出のない場合、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。

文書処理簿受付番号 年度 ( )

事業者への確認 / 印、 データ入力 / 印 データチェック / 印

受付印