

居宅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】

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | 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 ー | |
| 居宅介護サービス開始（変更）年月日： 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ください。 | |
| | | | |
| 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 | | ※小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅（介護予防）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、認知症対応型通所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。 | |
| <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 | | | |
| 奄美市長 様 上記の小規模多機能型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け出します。 年 月 日 住 所 _____ 電話番号 () _____ 被保険者 氏 名 _____ | | | |
| 保険者確認欄 | | <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 | |
| | | | |

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定等の申請時又は居宅サービス計画を作成する事業所が決まり次第、速やかに、奄美市高齢者福祉課へ提出してください。
 2 居宅（介護予防）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、必ず奄美市高齢者福祉課へ届けてください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。

| | | | |
|-----|-----|-----|---|
| 課 長 | 補 佐 | 係 長 | 係 |
| | | | |