様式第22号（第14条関係）

居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 区分 | | | | | |
| 新規・変更 | | | | | |
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | 性別 | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | 男　・　女 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅（介護予防）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　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
| 事業所を変更する場合の理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | ※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（介護予防）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（介護予防）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（介護予防）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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護（介護予防）サービス  開始（変更）年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日から | | | | | | | | | | | | | | |
| 都城市長　　　　宛て  　上記の小規模多機能型居宅介護（介護予防）事業者に居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。  　　　　　　年　　月　　日  　被保険者　住所  　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注意）１　この届出書は、居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに提出してください。提出する時は、必ず被保険者証を添えてください。

　　　　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、必ず届け出てください。

　　　　３　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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 個人番号確認 | 代理人確認 | 備　　考 |
|  |  |  |