**居宅サービス・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　氏　名 | | 被　保　険　者　番　号  **（看護小規模多機能型居宅介護事業所用）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | |  | |  | | |
|  | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | | |
| 大・昭　　　年　 　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | | | | |
| 居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する小規模多機能型居宅介護事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事 業 所 名 | | 所 在 地 | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 電話番号 　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事 業 所 番 号 | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | |  | |  | | |
| 開始（変更）年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※上記の小規模多機能型居宅介護事業者から居宅介護支援を受け始める日を記入してください。 | |
| 事業所を変更する理由等 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※変更する場合のみ記入してください。 | |
| 看護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ﾋﾞｽ等の利用の有無 | | □利用あり  利用した内容： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 利用なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 高岡市長　あて  　　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を届出します。  　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 住所  氏名 | | | | | | 電話番号　　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

１　居宅サービス計画の作成を小規模多機能型居宅介護事業所に依頼するときは、この届出書に被保険者証を添えて高岡市に届出てください。

２　居宅サービス計画の作成を依頼した小規模多機能型居宅介護事業所を変更するときは、高岡市に変更の届出をする必要がありますので、変更後の事業所にご相談ください。届出のない場合は、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。

※市確認欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付印 | 備考欄 | 介護度 | 入力日 |
|  | 受付者： | 支 1 2 介 1 2 3 4 5 |  |
| 有効期間の開始日 | 入力者 |
| 年　　月　　日 |  |