第３０号様式の４（第２３条の２関係）

居宅・介護予防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事業者用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　　(　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |
| 居宅（介護予防）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理由等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※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又は複合型サービスの利用開始月における居宅サービス等利用の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ 有　□ 無 | | | | | | | | |
| ※　小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスの利用開始月における居宅サービス（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（定期巡回・随時対応型訪問看護介護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護（短期利用型）及び地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用型）に限る。）の利用の有無を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 匝瑳市長　あて  　　上記の（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所に居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼することを届出します。  　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 住所  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話　　　　(　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅（介護予防）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が小規模多機能型居宅介護の提供に当たり、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小規模多機能型居宅介護事業者に必要な範囲で提示することに同意します。  　　　　年　　月　　日　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 確認欄 | | □被保険者証　済  □認定申請中（ 新規 ・ 更新 ・ 区変 ）  □入力　済（　　/　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注意）１　この届出書は、介護認定の申請時に、若しくは、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匝瑳市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

上、必ず匝瑳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。