様式第１８号の３

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・看護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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |
| 生年月日 | | | 性　別 | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 明・大・昭  　　　　　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 | 〒  電話番号　　 　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事 業 所 番 号 | | |  |  | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
| サービス計画作成の開始（変更）年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所を変更する場合の事由等 | | | | ※変更する事由に☑を入れて下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □介護⇔予防へ変更（事業対象者も含む）□居宅（予防）⇔小規模へ変更□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護・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ビス等の利用の有無 | | ※小規模多機能型居宅介護・看護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・随時対応型訪問介護看護、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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （市町経由）  　空知中部広域連合長　様  　　上記の小規模多機能型居宅介護事業者又は看護小規模多機能型居宅介護事業者に居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼することを届出します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　住所  　　被保険者  　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　 （　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅（介護予防）支援事業者が居宅（介護予防）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（介護予防）支援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 |  |

（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（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市町窓口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、必ず市町窓口に届け出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者記入欄 | 入力日 | 年　　 月　 　日 | | | 証交付日 | | 年　　 月　 　日 | |  |
| 証回収 | 有 ・ 無 | 介護度 | 事業対象者 | | 要支援 | | 要介護 |
| / １・２ | | / １・２・３・４・５ |