**居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書（小規模多機能・看護小規模多機能）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **区分** | | | | | | | | | | | |
| **※　太線の枠内についてご記入ください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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・西暦　　　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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **小規模多機能型居宅介護事業所番号／**  **看護小規模多機能型居宅介護事業所番号** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | |
| **計画作成開始月のサービス利用の有無** | | | | | | | | |  | | | | | **事業所を変更する場合の理由等** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| □居宅サービス等の利用あり  【サービス名　　　　　　　　　　　　　　　　】  □居宅サービス等の利用なし | | | | | | | | | | | | | | **※変更する場合のみ記入してください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **計画作成開始日（平成・令和　　年　　月　　日付）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （あて先）　宝塚市長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の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。  　令和　　　年　　　月　　　日  **住所**  **被保険者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号**  **氏名** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（ご注意）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宝塚市へ提出してください。

２　居宅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、必ず宝塚市へ届け出てください。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。

３　「計画作成開始月のサービス利用の有無」の欄には、居宅サービス計画に基づくサービスを利用している場合に記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務処理欄 | 受付印 |  | 受付担当名 |  | □　被保険者証に記載  　□　資格者証に記載  　□　本人、家族が届出／　事業者へ連絡　□未　□済  　□　事業者届出  ☆　変更の場合　前事業者へ連絡　　□未　　□済 |