様式第１３号(第１９条関係)

**居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書（（看護）小規模多機能型居宅介護）**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 区　分 |
|  | 新規・変更・終了 |
| 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 |
| 居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する（看護）小規模多機能型居宅介護事業者 |
| 事業所名 | 事業所の所在地 |
|  | 〒 |
|  |
| 電話番号 |  |
| 事業所番号 | サービス開始（変更・終了）年月日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 新規・変更・終了 | 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 |
|  |
| （看護）小規模多機能型居宅介護等の利用開始月における居宅サービス等の利用有無 | ※（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（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 |
| 肝付町長　　様上記の（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，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する事業所が決まり次第，速やかに肝付町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上，必ず肝付町に届け出てください。届出のない場合，サービスに係わる費用を一旦，全額自己負担していただくことがあります。 |
| 保険者確認欄 | □ | 被保険者資格 | □ | 届出の重複 |
| □ | 居宅介護支援事業者事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |