様式第11号の2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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・看護小規模多機能型居宅介護 ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | サービス開始（変更）年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所を変更する場合の事由等 | | | | | | | | | | | | | ※事業所を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・  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(\*1)及び地域密着型サービス(\*2)の利用の有無を記入してください。  (\*1)居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護(短期利用以外)を除く。  (\*2)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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 鯖江市長　様  □小規模多機能型居宅介護事業者  上記の　　□介護予防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（介護予防）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  　住所  被保険者  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (注意)　１　この届出書は、要介護・要支援認定の申請時に、又は居宅(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鯖江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うえ、必ず鯖江市へ届け出てください。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。  　　　　３　小規模多機能型居宅介護事業者、介護予防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の中から、居宅(介護予防)サービス計画を依頼する事業所の１つにチェックしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | | | □被保険者資格　□届出の重複  □事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |