様式第１１号の３

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書  ( （介護予防）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（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 | | | | | | | | | | | | | サービス開始（変更）年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所を変更する場合の理由等 | | | | | | | | | | | | | ※事業所を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の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無 | | | | | | | | | ※（看護）小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅（介護予防）サービス(\*1)および地域密着型（介護予防）サービス(\*2)の利用の有無を記入してください。  (\*1)居宅療養管理指導およ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および認知症対応型共同生活介護(短期利用型)に限る。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 居宅（介護予防）サービス等の利用あり（利要したサービス：　　　　　　　　　　　）  □ 居宅（介護予防）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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅（介護予防）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が(看護)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ときは、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・意見および主治医意見書を当該(看護)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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (注意)１　この届出書は、要介護・要支援認定の申請時に、または居宅(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また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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |