

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書【小規模多機能型・複合型サービス用】

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 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 | | | | | | | | | | |
| | | 明・大・昭 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 居宅介護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。 | | | | | | | | | | |
| | | 変更年月日 (年 月 日付) | | | | | | | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスの利用開始月における居宅サービスの有無 | | 小規模多機能居宅介護又は複合型サービス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（短期利用を除く）を除く。）及び地域密着型サービス（定期巡回・随時対応型訪問看護介護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護（短期利用型）、地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用型）及び地域密着型通所介護に限る。）の利用の有無を記入ください。 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |
| 墨 田 区 長 あて | | | | | | | | | | | | |
| 上記の小規模多機能型居宅介護事業者又は複合型サービス事業者に居宅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 | | | | | | | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護事業所又は複合型サービス事業所記入欄 | サービス計画開始（変更）年月日 | | 年 月 日 から | | | | | | | | | |
| | (事業所名) | 小規模多機能型居宅介護事業所番号 | 複合型サービス事業所番号 | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 保 険 者 確 認 欄 | 被保険者資格 | 届出の重複 | | | | | | | | | | |

- (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墨田区介護保険課へ提出してください。
- 2 居宅介護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、必ず届け出てください。届出がない場合、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。
- (問合せ先及び提出先) 墨田区介護保険課給付・事業者担当 電話番号03(5608)6149(直通)