|  |
| --- |
| **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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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）