

居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書（（看護）小規模多機能型用）

										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（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者														
事業所名及び事業所番号					事業所の所在地					〒				
					電話番号					( )				
適用年月日			令和 年 月 日 から 適用する。											
事業所を変更する場合の事由等			※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。											
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり （利用したサービス : )														
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし														
石岡市長 あて 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します。 令和 年 月 日 住所 被保険者 電話番号 ( ) 氏名 代筆														
保険者確認欄	届出者		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人（ <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 使者										入力	
	身元確認		<input type="checkbox"/> 居宅介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他											
	番号確認		<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未（未確認理由 ) 番号閲覧 <input type="checkbox"/> 了承済											
	被保険者証		<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 記入 <input type="checkbox"/> 認定申請中 <input type="checkbox"/> 届出のみ											

- (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石岡市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時は、変更年月日を記入のうえ、必ず石岡市に届け出してください。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。