

居宅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	
	年 月 日	
居宅サービス計画作成を依頼（変更）する事業所		
事業所の名称	事業所の所在地	
	〒	
サービス開始日（ 年 月 日）	電話番号（ ）	
小規模多機能型事業所番号又は 看護小規模多機能型居宅介護事業所番号	担 当 者 氏 名	
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 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護の利用を開始した <input type="checkbox"/> その他（ ） <div style="text-align: right;">変更年月日（ 年 月 日付）</div>		
小規模多機能型居宅介護又は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		
※小規模多機能型居各介護又は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（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、地域密着型通所介護、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（ ） <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし		
伊 東 市 長 上記の小規模多機能型居宅介護事業所又は看護小規模多機能型に居宅サービス計画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（ ）		
居宅サービス計画作成するために必要があるときは、要介護認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を上記居宅介護支援事業者に提示することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません		

（注意）

- この届出書は、居宅サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに伊東市高齢者福祉課へ提出してください。（依頼する事業所に提出をお願いすることもできます。）
- 居宅サービス計画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、必ず伊東市高齢者福祉課へ届出してください。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。