

小規模多機能型居宅介護居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-----------------------|--|--|--|--|---------|-----|--|--|--|
| | | | | | | | | | | 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 | | | | | | 性 別 | | | |
| | | | | | 明・大・昭 年 月 日 | | | | | | 男・女 | | | |
| 居宅サービス計画作成を依頼（変更）する事業者 | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者の事業所名 | | | | | 事業所の所在地 〒 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | | | | 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下さい。 | | | | | | | | | |
| 変更年月日 (年 月 日付) | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>※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証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。</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり （利用したサービス： _____）</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>（宛先）茂原市長</p> <p>上記の小規模多機能型居宅介護支援事業者に居宅サービス計画作成を依頼することを届出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">被保険者 電話番号 ()</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 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、居宅サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに茂原市へ提出してください。
 2. 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上、必ず茂原市に届け出てください。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。
- ※この届出書を提出される際は、介護保険被保険者証(申請中等で介護保険資格者証が交付されている場合は、介護保険資格者証)を必ず添付してください。