様式第21号の3(第24条関係)

居宅（介護予防）サービス計画作成依頼(変更)届出書（小規模多機能等）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 |
| 年　　月　　日　 | 男・女 |
| 居宅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の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無 | (介護予防)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・随時対応型介護看護、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。)の利用実績の有無を記入してください。 |
| □　居宅サービス等の利用あり　　　　　□　居宅サービス等の利用なし（利用したサービス：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 国東市長　　　　　　　様　　上記の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出します。　　　　　　年　　月　　日 |
|  被保険者住所　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　(自署)　 | 電話番号　　　　　　 |
| 本人との関係（代理人・代行者）住　所委任を受けた場合氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 保険者確認欄 | □　保検者資格　　□　届出の重複□　居宅介護支援事業者事業所番号 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

(注意)

　1　この届出書は、居宅サービス計画の作成を依頼する事業者が決まり次第、速やかに保険者へ提出してください(提出は、

居宅支援事業者を経由して提出してください。)。

　2　居宅サービス計画の作成を依頼する事業所変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず変更後の支援事業者を経由して

届出を提出してください。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。

　3　被保険者の委任を受けた場合は、代理人又は代行者が本人の氏名を記載し、自らの氏名等を記載してください。