

居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書

【小規模多機能型居宅介護】

		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(介護予防)サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者			
事業者の事業所名	事業所の所在地	〒 ー ー ー ー ー ー ー ー	
		電話番号 ー ー ー ー ー ー ー ー	
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 (令和 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	※小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅(介護予防)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			
安芸太田町長 様 上記の小規模多機能型居宅介護事業者に居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼することを届出します。 令和 年 月 日 被 保 険 者 住 所 広 島 県 山 県 郡 安 芸 太 田 町 大 字 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 氏 名 電 話 番 号 </div>			
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被 保 険 者 資 格 <input type="checkbox"/> 届 出 の 重 複 <input type="checkbox"/> 小 規 模 多 機 能 型 居 宅 介 護 事 業 者 事 業 所 番 号		

介護サービス計画または介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、要介護認定・要支援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安芸太田町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

代筆した場合は代筆者の氏名 _____ 本人氏名 _____

- 注意) 1 この届出書は、要介護認定等の申請時、若しくは、居宅(介護予防)サービス計画を作成する事業所が決まり次第、速やかに安芸太田町へ提出してください。なお、届出の際には、介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を添えて提出してください。
- 2 居宅(介護予防)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うえ、必ず安芸太田町へ届けてください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。

提 出 先 731-3622 山 県 郡 安 芸 太 田 町 大 字 下 殿 河 内 2 3 6
 (問い合わせ先) 安芸太田町 健康福祉課 Tel 0826-25-0250