様式第15号(第14条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 区分 | | | | | |
| 新規・変更 | | | | | |
| □　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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 被保険者氏名(フリガナ) | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |  | | | | | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅(介護予防又は小規模多機能型居宅)サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 適用年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | 事業所の所在地及び連絡先 | | | | 〒  TEL | | | | | |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |
| 事業者の事業所名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所を変更する場合は事由等 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □居宅サービスの利用あり(利用したサービス：　　　　　　　　　　　　　　　)  □居宅サービスの利用なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 魚沼市長　　　　様  　上記の事業者に居宅(介護予防又は小規模多機能型居宅)サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　住所　〒　　　　魚沼市  被保険者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (注意)1　この届出書は、要介護(支援)認定の申請時に、若しくは、居宅(介護予防又は小規模多機能型居宅)サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに魚沼市へ提出してください。  　　　2　居宅(介護予防又は小規模多機能型居宅)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上、必ず魚沼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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |