小規模多機能型居宅（介護予防）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 |
| 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 |
|  | 〒電話番号　　　　（　　　　） |
| 事業所番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 |
|  |
|  | 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。）、介護予防サービス（介護予防居宅療養管理指導及び介護予防特定施設入居者生活介護を除く。）、地域密着型サービス（夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、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。）及び地域密着型介護予防サービス（介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防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。 |
| * 居宅サービス等の利用あり

（利用したサービス：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）* 居宅サービス等の利用なし
 |
| 南会津町長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の作成を依頼することを届け出ます。　 令和　　　年　　　月　　　日　 被保険者　住所　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　）　 |
| 保険者確認欄 | □ 被保険者資格 □ 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、要介護認定等の申請時に、若しくは、居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する小規模多機能型居宅介護支援事業所が決まり次第速やかに南会津町へ提出してください。

２　居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する居宅介護支援事業所等を変更するとき、または、要介護認定と要支援認定の間で変更があったときは、変更年月日を記入のうえ、必ず南会津町へ届け出てください。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。