居宅サービス計画作成依頼届出書（小規模多機能型居宅介護用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | 生年  月日 | | 明治  大正　　年　　月　　日  昭和 | | | | 性別 |  |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒  只見町大字 | | | | | | | | | | 要介護度 | | | 要支援 １・２  要介護 １・２・３・４・５ | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 居宅サービス計画の作成を依頼する事業者の所在地・事業者名 | 〒 | 事業者番号 | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在地  事業所名 | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 開始（変更）  年　月　日 | 平成　　年　　月　　日 | | 開始月における居宅サービス等の利用の有無  ※下記の注参照 | | | | □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 | | | | | | | |
| 只見町長　宛  　　上記の小規模多機能型居宅介護事業所に居宅（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　　氏　　名　　　　　　　　　　　㊞  （本人自署の場合は押印不要です。） | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記について被保険者の委任に基づいて届出をする場合の届出人 | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出人の  住所・氏名 | ※届出人が本人以外の場合に記入してください。  住　所  氏　名  電話番号  被保険者との関係　　家族・事業者・その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |

* 開始の場合…この届出書は、要介護認定の申請時に、または居宅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事業者が決まり次第速やかに、開始年月日を記入の上、提出してください。
* 変更の場合…居宅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事業者を変更するとき、および事業者の事業所番号が変更になったときは、変更年月日を記入の上、提出してください。届出のない場合、サービスにかかる費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
* 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開始月において、同サービス利用前の居宅サービス及び地域密着型サービスの利用の有無を記入してください。ただし次のサービスは対象外です。【居宅療養管理指導、特定施設入所者生活介護（短期利用以外）、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）、地域密着型特定施設入所者生活介護（短期利用以外）、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービス】（要支援認定の場合は対応するサービスに読み替えます。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 只見町記入欄 | 届出書受付日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| システム登録日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |