

居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(新規・変更)届出書

高砂市長 様

下記の(看護)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。

届出年月日	年 月 日
-------	-------

区 分	1 新規 2 変更	被保険者番号												
フリガナ		生年月日	大・昭											
被保険者氏名			年 月 日											
被保険者住所														
電話番号	-													

居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者

届出書提出代行	市へ届出書の提出について (○をつけてください) 1 依頼する 2 依頼しない												
事業所の所在地	〒 -												
事業所名称	事業所番号												
	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)												
----------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(看護)小規模多機能型居宅介護利用開始月における他の居宅サービス等の利用の有無	* (看護)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。 <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												
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

高砂市確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> (看護)小規模多機能型居宅介護事業所番号	処 理	受 付	被保険者証	入 力	

(備考)

- この届出書は、居宅サービス計画の作成を依頼する居宅介護支援事業所が決まり次第、事業所を通じて本市介護保険課に提出してください。
- 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うえ、本市介護保険課に提出してください。
提出のない場合、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。