様式第35号の4(別表関係)

居宅・介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ((介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者用) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 区分 | | | | | | | | | |
| 新規・変更 | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | |  |
| 氏名 |  | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | | | | | | |
| 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。)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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 諫早市長　　　　様  　　上記の小規模多機能型居宅介護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。  　　　　　　　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　□小規模多機能型居宅介護支援事業者事業所番号  □介護予防小規模多機能型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(要支援)認定の申請時に、若しくは、居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに諫早市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事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず諫早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。