様式第 68 号

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

小規模多機能型居宅介護事業者

	区　分
	新規　・　変更
被保険者氏名	被　保　険　者　番　号
フリガナ	
	個　人　番　号
	生　年　月　日
	明・大・昭　　年　　月　　日
居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼（変更）する事業所	
小規模多機能型居宅介護事業所名	小規模多機能型居宅介護事業所の所在地
	〒 電話番号
担当者氏名	
事業所番号	
サービス開始（変更）年月日	令　和　　年　　月　　日
事業所を変更する場合の事由等	
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	

我孫子市長あて

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出ます。

令　和　　年　　月　　日

住　　所：

被保険者氏名：

電 話 番 号 ：

居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する小規模多機能型居宅介護事業者が居宅介護支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果･意見及び主治医意見書を当該小規模多機能型居宅介護事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

令和　　年　　月　　日　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（注意）1　この届出書は、要介護認定の申請時又は、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我孫子市へ提出してください。

2　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､必ず変更年月日を記入し我孫子市に提出してください。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。

保険者確認欄	□被保険者資格　□届出の重複　□被保険者証発行　□端末入力