様式第18号-３（第16条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | ０ | | | ０ | | | | ０ | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | | | | 個　　人　　番　　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性　　別 | | | | | | | | | |
| 明・大・昭　　 年 　　月　　 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | | | | | | | |
| 居宅（介護予防）サービス計画作成を依頼（変更）する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者の事業所名 | |  | | 事業所所在地 | | | | | | 〒 | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | ― | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |
| 新規決定年月日（　　年　　月　　日） | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所を変更する場合の事由等 | | | ※事業所を変更する場合にのみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日  (　　　　　　年　　　　月　　　　日) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。）、夜間対応型訪問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する。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 川根本町長　　　　　　　　　様  　上記の（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業者に居宅（介護予防）サービス計画の作成を  依頼することを届け出ます。  　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  　　　　　　　　住所  　　被保険者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、要介護認定の申請時若しくは居宅（介護予防）サービス計画の作成を　依頼する事業所の決定後速やかに町長に提出してください。  　　　　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町長に届け出てください。届出がない場合は、サービスに係る費用の全額を一旦自己負担していただくことがあります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |