様式第21号の３（第24条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

居宅サービス（小規模多機能型居宅介護）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 | | | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  |
|  | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性　別 | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | |
| 居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護事業者の事業所名 | | |  | | | 小規模多機能型居宅介護事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | 〒  電話番号　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所を変更する場合の事由等 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 清水町長　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出します。  年　　月　　日  住所  被保険者　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　（※）  電話番号　　　　　（　　　　）  （※）　氏名（法人にあっては、当該法人の名称及び代表者名）を自署しない場合は、押印が必要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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事業者事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |

注意　・この届出書は、要介護認定の申請時若しく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清水町へ提出してください。

　　　　・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、

必ず清水町に届出してください。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。