居宅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	
	個人番号
	生年月日
	明・大・昭 年　　月　　日

適用（変更）年月日　　令和　　年　　月　　日

居宅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。

（看護）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

☐　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

※（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。

北上市長　様

上記の（看護）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。

令和　　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 ☐　（看護）小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号

居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する（看護）小規模多機能型居宅介護事業者が（看護）小規模多機能型居宅介護の提供にあたり、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（看護）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、被保険者が居宅サービス計画の作成を依頼する事業所に提出し、事業所が内容を確認のうえ、北上市長寿介護課へ提出していただきますようお願いします。

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、新たに依頼する事業所にこの届出書を提出してください。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。

３　住所特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。