

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書（（看護）小規模多機能型居宅介護）

										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						
					X X X X X X X X X X X X						
					生 年 月 日						
居宅サービス計画作成を依頼（変更）する（看護）小規模多機能型居宅介護事業者											
（看護）小規模多機能型居宅介護事業所名					（看護）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 番 号					サ ー ビ ス 開 始 (変 更) 年 月 日						
X X X X X X X X X X					年 月 日						
（看護）小規模多機能型居宅介護事業所を変更する場合の理由等					※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等の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無					※（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。						
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり （利用したサービス： _____ ） <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし											
（宛先）前橋市長 上の（看護）小規模多機能型居宅介護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 電話番号 氏 名											
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当たり、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。 年 月 日 氏名											
（注意） 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、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前橋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（看護）小規模多機能型居宅介護事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず前橋市へ届け出てください。 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。											
保険者確認欄 <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> （看護）小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号											

届出書の記入方法 (様式第21号の1～4まで共通)

区 分

初めて届け出る場合は、「新規」に ○ を付し、すでに届け出ている指定居宅介護支援事業者等を変更する場合は、「変更」に ○ を付してください。

被保険者氏名・被保険者番号・生年月日等

利用者ご本人の氏名等をもれなく記入してください。

居宅(介護予防)サービス計画の作成及び介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する事業者

<要介護認定を受けている方の場合>

指定居宅介護支援事業者一覧表などから、事業所へ直接連絡し、事業所名、所在地、電話番号、介護保険事業所番号等の必要事項を記入し、前橋市へ提出してください。

<要支援認定を受けている方の場合>

①介護予防サービス計画作成を地域包括支援センターに依頼したい場合

地域包括支援センターへ直接連絡し、必要事項を記入し、前橋市へ提出してください。

②地域包括支援センターから介護予防サービス計画作成を居宅介護支援事業者に委託する場合
(前橋市地域包括支援センターからの委託)

計画作成を委託された居宅介護支援事業者へ直接連絡してください。

↓

この「届出書」に必要事項を記入し、居宅介護支援事業者へ提出してください。

↓

居宅介護支援事業者あるいは地域包括支援センターがこの「届出書」を前橋市へ提出してください。

※小規模多機能型居宅介護(介護予防も含む)を利用する場合

- ・小規模多機能型居宅介護事業者(介護予防も含む)へ直接連絡し、必要事項を確認し記入の上、前橋市へ提出してください。
- ・小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無を記入してください。

(注) 居宅サービス等：居宅(介護予防)サービスのうち、居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除いたサービス。

地域密着型サービス(介護予防を含む)のうち、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、短期利用型の認知症対応型共同生活介護。

事業所を変更する場合の理由等

居宅(介護予防)サービス計画作成を依頼する事業者を変更する場合のみ記入してください。

被保険者住所・氏名・電話番号

もれなく記入してください。