様式第34号の3(第44条関係)

市町受付

居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出区分 | 新規　・　変更 | 要介護状態区分 | | | | | 要支援　・　要介護 | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| フリガナ | | 個人番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | |
| 生年月日 | | | | | | | | | | 性　別 | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業者事業所番号 | | | |  | |  |  |  | | | |  |  |  |  |  |  |
| 利用開始年月日（変更年月日）※ | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 利用開始月における居宅サービス等の利用 | | | | | □ 有  (利用したサービス：　　　　　　　　　　　　)  □ 無 | | | | | | | | | | | | |
| 小規模多機能型・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所者生活介護を除く。)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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 雲南広域連合長　様  　上記の小規模多機能型・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書の作成を依頼することを届け出します。  　　　　　　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 | | | | | | | |  | | | | | | | |

※利用開始年月日（変更年月日）は届出年月日と同日である必要はありません。

　(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市町介護保険担当課へ提出して下さい。

　　　　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、変更年月日を記入のうえ、必ず市町介護保険担当課に届け出てください。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。

|  |
| --- |
| ※処理欄  　申請番号： |