第８号－３様式（第10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 | 被保険者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |
|  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生　年　月　日 | 性　　別 |
| 　　　　　年　　　　月　　　　日 | 男　　・　　女 |
| 　居宅（介護予防）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　　　（　　　） |
| 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。 |
|  |
|  |
| 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の利用（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 |
| 　　　南さつま市長　様　上記の小規模多機能型居宅介護支援事業者に居宅（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　　被保険者　　住　所　　電　話　　　　　　　（　　）　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 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支援事業者事業所番号（□　予防給付　□　介護給付） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　（注）

　１　この届出書は、要介護認定の申請時又は居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに本庁又は支所介護保険担当係へ提出してください。

　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、変更理由、変更年月日等を記入のうえ、速やかに本庁又は支所介護保険担当係へ提出してください。

　３　届出をしないで居宅（介護予防）サービスを利用した場合、サービスに係る費用をいったん全額自己負担していただくことがあります。