様式第17号(第13条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所  (小規模多機能型居宅介護事業所)名 | | |  | 居宅介護支援事業所(小規模多機能型居宅介護事業所)の所在地 | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 電話番号　　(　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所(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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| おおい町長　　　　様  　上記の居宅介護支援事業者(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　　　　　　　　　　　　　電話番号　　(　　)  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | □被保険者資格　□届出の重複  □居宅介護支援事業者(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）する居宅介護支援事業者(小規模多機能型居宅介護事業者)が居宅介護支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要があるときは、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居宅介護支援事業者(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、又は居宅サービス計画の作成を依頼する居宅介護支援事業所(小規  模多機能型居宅介護事業所)が決まり次第速やかにおおい町保健福祉センターいきいき福祉課に提出してく  ださい。  　　　 2　居宅サービス計画の作成を依頼する居宅介護支援事業所(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、必ずおおい町保健福祉センターいきいき福祉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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |