

様式第18号の3(第22条関係)

(介護予防)小規模多機能型居宅介護等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				
					明・大・昭 年 月 日					男 ・ 女				
居宅サービス計画等の作成を依頼(変更)する居宅介護支援事業者														
事業所名			事業所の所在地				〒							
							電話番号 ()							
介護保険事業所番号					登録日(サービス計画開始日)									
年 月 日														
居宅介護支援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下さい。									
<p>(介護予防)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</p> <p>※(介護予防)小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス等(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等(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。</p> <p><input type="checkbox"/>居宅サービス等の利用あり <input type="checkbox"/>居宅サービス等の利用なし</p> <p>(利用したサービス:)</p>														
<p>(あて先) 幸手市長</p> <p>上記の(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者等に居宅サービス計画等の作成を依頼することを届出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 電話番号 ()</p> <p>被保険者氏名</p>														
保 険 者 確 認 欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複												
<p>(介護予防)小規模多機能型居宅介護等居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者等にこの届出に関する権限(届出・被保険者証の受領)を委任します。また、当該事業者が(介護予防)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(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者等に必要な範囲で提示することに同意します。</p> <p>年 月 日 氏名</p>														

(注意)

- この届出書は、要介護(要支援)認定の申請時に、若しくは、居宅サービスの計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに幸手市へ提出して下さい。
- 居宅サービス計画等の作成を依頼する事業所を変更するときも、登録日を記入のうえ、必ず幸手市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。
- 「居宅介護サービス計画等」とは、小規模多機能型居宅介護事業所・看護小規模多機能型居宅介護事業所が作成する居宅サービス計画又は介護予防小規模多機能型居宅介護事業所が作成する指定予防サービス等の利用に係る計画をいいます。