様式第14号の４（第19条関係）

**居宅サービス計画（介護予防サービス計画）作成依頼（変更）届出書**

**（小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分  被保険者証をご持参ください。 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新規　・　変更 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  | | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | | |  |  | |  | 被保険者番号 | | | 0 | | 0 | 0 | |  |  |  |  | |  |  |  |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 明治・大正・昭和・西暦  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅サービス計画又は介護予防サービス計画の作成を依頼する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | ※事業所を変更する場合は、変更後の事業所を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地  事業者・事業所の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、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、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（居宅療養管理指導及び特定施設入居者介護を除く。）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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 岸和田市長　様  　上記の事業者に居宅サービス計画・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  　　　届出者　住所  　（被保険者）  　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者  確認欄 | * 被保険者資格　　　□　届出の重複 * 事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 証交付 | | | | | 処理者 | | | |
|  | | | | |  | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  |  | |  | | |

（注意）１　この届出書を提出するときは、窓口で介護保険被保険者証を提示してください。

２　この届出書は、居宅サービス計画（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、速やかに介護保険課へ提出してください。

３　居宅サービス計画（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

年月日記入のうえ、必ず介護保険課に提出してください。

４　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。