様式第22号（第28条関係）

居宅（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）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 区　分 | | | | | | | | | | | |
| 新規 ・ 変更 | | | | | | | | | | | |
| 被　保　険　者　氏　名 | | | | | | | | 被　保　険　者　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  |  | | | |  | | |  | |  | | |  |
| 生　年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性　別 | | | | | | | |
| 明治・大正・昭和  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男 ・ 女 | | | | | | | |
| 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（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 | | | | | | | | | |
| 事業者の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又は介護予防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 | | | ※下記を参照  □　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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※要介護認定前に暫定の居宅介護サービス計画（ケアプラン）又は介護予防サービス計画によりサービス計画の利用の有無、及びサービスの利用を開始する場合の利用開始年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 暫定ケアプランによるサービス利用の有無及びサービス利用開始年月日 | | | | [ 有　・　無 ] | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遠野市長　様  　上記の小規模多機能型居宅介護事業者又は介護予防小規模多機能型居宅介護事業者に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 * 小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号又は介護予防小規模多機能型居宅事業者事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  |  |  | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  | | |

（注意）１　この届出書は、要介護認定申請時に、若しくは、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所が決まり次第速やかに遠野市へ提出してください。

　　　　２　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所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず遠野市へ届出してください。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。

　　※小規模多機能型居宅介護又は介護予防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、介護予防居

宅療養管理指導、特定施設入居者生活介護及び介護予防特定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

型訪問看護、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護（短期利用型）、及び介護

予防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。