第１0号様式

□ 新規　□ 変更

小規模多機能型・看護小規模型居宅介護サービス計画作成依頼（新規・変更）届出書

久留米市長　あて　　年　　月　　日

下記の小規模多機能型居宅介護等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。

被保険者氏名及び住所		被保険者番号	
氏名	フリガナ	個人番号	
住所	〒　　電話（　　）　　ー	生年月日	明・大・昭　年　月　日

居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者	
事業者の事業所名及び所在地	※事業所名のゴム印又は事業所角印を押印してください。手書きのみは不可です。 電話番号（　　）　　ー 事業所番号
事業所を変更する前の事業所名	※事業所を変更する場合のみ記入してください。 ※手書きのみで可です。
小規模多機能型居宅介護・看護小規模型居宅介護サービスの<u>利用開始月における</u>居宅サービス等の利用の有無	※小規模多機能型居宅介護・看護小規模型居宅介護サービス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
	（新規・変更）年月日　（　　年　　月　　日付）

申請を下記の者に委任します。（申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載は不要です。）	
受任者氏名	連絡先（日中連絡がとれるところ）
受任者住所	本人との関係

注意　1　この届出書は、要介護認定の申請時もしくは、居宅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提出してください。原則、同月内に届出のない場合、サービスにかかる費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

2　居宅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、従前の事業者に連絡のうえ、変更年月日を記入し届出ください。
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。

※以下の欄は、記入しないでください。

受付	原課	田主丸	北野	城島	三潴	耳納	筑邦	上津	高牟礼	千歳	FAX	送達

<備考>
番号確認　個・通・住・シ・職・（　　）
本人確認　介・CM・個・運・旅・障・保・年・聞・（　　）

処理	小規模多機能型居宅介護・看護小規模型居宅介護サービス開始月に居宅サービス等の利用有無			事業者の開始年月日				
	有　・　無			開始　　／				
	被保険者証回収	介護度	発行	ケアプラン入力	同時申請			
					情報開示	新規	区変	更新
	済　・　未	介・支・暫	H・S・入力のみ					

受付印