

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 クルメ タロウ	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7			
住所	久留米市城南町15番地3	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0	1
事業者の事業所	〒830-852 久留米市城南町15番地3 〇〇小規模多機能型居宅介護事業所	生年月日 明・大・昭 年 月 日												
事業所番号		依頼(変更)する事業者 を押印してください。手書きのみは不可です。												
事業所を変更する前の事業所名		電話番号( ) - ( ) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0												
△△居宅介護支援事業所		※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サービスの利用開始月における居宅サービス等の利用の有無		※重要! 誤った届出となると、給付管理及びプラン作成料の請求に影響します。小規模に変更する前(ここでは、4月3日まで)の、前事業所(△△居宅介護支援事業所)でのサービス利用の有無を記載してください。変更後の小規模多機能型居宅介護サービスの利用前の居宅及び特定施設入居者生活介護を除く。)及び地域密着型介護及び認知症対応型介護所介護及び認知症対応型居宅介護等を利用している場合は、変更後の小規模多機能型居宅介護サービスの利用の有無を記載してください。												
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり (利用したサービス: <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし       )		(新規・変更)年月日 ( 〇年 4月 3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「本人」を記入してください。)		新規の場合は届出年月日、変更の場合は変更年月日を記入してください。遡っての登録は原則できません。												
受任者氏名		篠山 花子												
受任者住所		久留米市城南町15番地3												

- 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、従前の事業者と連絡のうえ、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	三瀧	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・( )

受付印

処	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 /			
理	被保険者証回収	介護度	発行	ケアプラン 入力	同時申請		
	済 ・ 未	介 ・ 支 ・ 暫	H ・ S ・ 入力のみ		情報開示	新規	区変