様式第41号(第36条関係)

※町記入欄

阿見町高齢福祉課

．　　．

第　　　　　号

受付

介護(予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | 区分 | | | | | |
| 新規・変更・終了 | | | | | |
| 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 | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | | | | | 男　・　女 | | | |
| 介護(予防)サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | 事業所の所在地 | | | | 〒 | | | | | | | | |
|  | | | | 電話番号　　　(　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号 | | | |  |  |  |  | |  |  | |  | |  |  |  |
| 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ください。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 適用(変更)日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| (届出先)　阿見町長  　上記の事業者に介護(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  　　　　　　　　　住所  　　　被保険者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　(　　　）  　　　　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |

(注意)　1　この届出書は，要介護(支援)認定の申請時に，又は介護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阿見町へ提出してください。

2　介護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，適用(変更)日を記入の上，必ず阿見町へ届け出てください。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。