第１３号様式(第１７条関係)

居宅サービス計画作成依頼(変更)届書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | □　認定期間　　　・　　　・　　　～　　　・　　　・ | | | | | | | | | | | | | | □　申請中 | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1　新規 | 2　変更 | | | (居宅→居宅、予防→居宅)　※いずれかに○をつけてください | | | | | | | | | | | |
| 元の事業所　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | |
| 居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者番号 | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | 事業所の所在地 | 〒 |
| 事業者の事業所名  介護支援専門員名 | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　　－　　　－ | |
| 居宅サービス計画利用開始日 | | | | | | | | 年　　　　月　　　　日から | | | | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護・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・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生活介護を除く。)及び地域密着型サービス(定期巡回・随時対応型訪問介護看護、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)、複合型サービスに限る。)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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| (宛先)  　　　　　　上尾市長  　上記の居宅介護支援事業者・小規模多機能型居宅介護事業者・看護小規模多機能型居宅介護事業者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。  　　　　　年　　　月　　　日  　　被保険者  　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　－　　　－  　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |

注意 1　この届書は、居宅サービス計画の作成を依頼する事業者が決まり次第、速やかに事業者を経て上尾市へ提出してください。

　　　2　居宅サービス計画の作成を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ必ず上尾市に届け出てください。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。