|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書（（看護）小規模多機能型居宅介護）**  **別紙３** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 区　分 | | | | | | | | | | | | |
| 新規　・　変更 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する（看護）小規模多機能型居宅介護事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （看護）小規模多機能  型居宅介護事業所名 | | | | |  | | | | | | | （看護）小規模多機能 | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | |
| 型居宅介護事業所の | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | | | | | | | | | | | サービス開始（変更）年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （看護）小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | ※変更する場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所を変更する場合の理由等 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （看護）小規模多機能型居宅介護等の利用開始月における居宅サービス等の利用有無 | | | | | | | | | ※（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（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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 宇部市長　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の（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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （注意）１　この届出書は、要介護認定の申請時に、又は居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決ま  　　　　　り次第速やかに宇部市へ提出してください。  （注意）２　居宅サービス計画の作成を依頼する（看護）小規模多機能型居宅介護事業所を変更するときは、  変更年月日を記入の上、必ず宇部市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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 提出（受付）日  令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | 提出者名 | | | | | | | | | | | 市受付者名 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |