藤井寺市

# 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

| 区　分 |
|---|
| 新規・変更 |

| 被保険者氏名 | 被保険者番号 |
|---|---|
| フリガナ | ○○○○○○○○○○ |
| 藤井寺　花子 | 個人番号 |
| | ○○○○○○○○○○○○ |
| | 生年月日 / 性別 |
| | 大・(昭)・平 ○年 ○月 ○日（ ○ 歳） / 男・(女) |

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 | 事業所の所在地 〒○○○－○○○○ |
|---|---|
| ○○看護小規模多機能 | 藤井寺市○○町○丁目○番○号<br>電話番号　（　） |
| 事業所番号 | 2788888888　事業所番号を記入 |
| 事業所を変更する場合は事由等 | ※開始・変更年月日は必ず記入してください。 |
| （EX）本人希望によりサービス利用が始まるため　など<br>ここは必ず記入してください | 開始・変更年月日<br>（令和　○年　○月　○日付） |
| 小規模多機能型居宅介護又は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<br>サービスの利用状況について確認していただき必ず記入してください | ※小規模多機能型居宅介護又は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下さい。 |

☐ 居宅サービス等の利用あり（**開始月の給付管理票は居宅介護支援事業者が作成**）
（利用したサービス：　　）
☑ 居宅サービス等の利用なし

藤井寺市長　様

上記の小規模多機能型居宅介護事業者又は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け出ます。

令和　○　年　○　月　○　日

（住所）　〒　583－○○○○　　藤井寺市岡○丁目○番○号

被保険者　　電話番号　　072（○○○）○○○○

（氏名）　藤井寺　花子　　被保険者の名前をお願いします

| 保険者確認欄 | ☐ 被保険者資格　　☐届出の重複<br>☐ 小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護　事業者事業所番号 |
|---|---|

（注意）　1　この届出書は、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藤井寺市へ提出してください。

2　居宅サービス計画の作成を事業所に依頼する場合又は依頼する事業所を変更する場合、開始・変更年月日を記入のうえ、藤井寺市に届け出てください。届け出のない場合、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。

受付担当者　（　　）