第21号様式

居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（開始・変更・終了）届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | 区　分 | | | | | | | | | | | | | |
| 開始・変更・終了 | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | 被　保　険　者　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者  氏名 |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |
| 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | | |  | |  |  |  | |  | |  | | |  | |  |
| 生　年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（開始・変更・終了）する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者の事業所名 | | | | | | | | | | | | | | 事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | 〒    　電話番号　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |
| 事業所を変更（終了）する場合の事由等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（開始・変更・終了）年月日（　　　年　　月　　日付け） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （介護予防）小規模多機能型居宅介護・複合型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 | | | | | | | | | | ※　小規模多機能型居宅介護・複合型サービス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）及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護に限る。）の有無を記入してください（介護予防サービスの場合も同様に記入してください。）。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 三浦市長  居宅介護支援事業者等に居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（開始・変更・終了）することを届け出ます。  　　　　年　　月　　日  被保険者　住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　（　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（開始・変更・終了）する居宅介護支援事業者等が居宅介護（介護予防）支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護支援事業者等に必要な範囲で提示することに同意します。  　年　　月　　日　被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄（この欄は記入しないでください。） | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意　１　この届出書は、要介護又は要支援認定の申請時又は居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する居宅介護支援事業所等が決まり次第、速やかに三浦市へ提出してください。

　　　２　居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する居宅介護支援事業所等を変更、終了するときは、変更又は終了の年月日を記入の上、必ず三浦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。