様式第11号(第32条関係)

居宅・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 | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | 被　保　険　者　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |
|  | | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |  |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性　別 | | | | | | | | |
| 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | | | | | | |
| 居宅・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 |  | | | | 所在地 | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日  （ 　　年　　月　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス提供開始年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 大崎市長　様  上記の事業者に居宅・介護予防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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅・介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者が居宅・介護予防介護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・介護予防支援事業者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 | | □　被保険者資格　　□　届出の重複  □　居宅介護支援事業者事業所番号　□　介護予防支援事業者事業所番号  □　小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号  　※小規模多機能型居宅介護利用前の居宅介護サービス利用の有無を記入  □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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | |  | |

（注意）１　太枠の中のみ記入してください。

　　　　２　この届出書は，要介護認定の申請時に又は居宅・介護予防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大崎市高齢障がい福祉課若しくは各総合支所市民福祉課へ提出してください。

　　　　３　居宅・介護予防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，変更年月日を記入のうえ，必ず大崎市高齢障がい福祉課又は各総合支所市民福祉課に届出してください。

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。

　　　　４　届出の際は，介護保険被保険者証または介護保険資格者証を添えて提出してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **提　出　者** | 被保険者  及び家族 | 氏　名 | 被保険者本人との関係 |  |
| 住　所　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　（　　　） | | |
| 指定居宅介護  (指定介護予防)  支援事業者 | 名　称 | 提出者名 |  |
| 所在地　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　（　　　） | | |