

| | | |
|---|--|---------------------------|
| | | 区 分 新規 ・変更 |
| 被保険者氏名 | 被保険者番号 | |
| フリガナ コクブンシ タロウ | 0 0 0 0 0 1 2 × × × | |
| 国分寺 たろう | 個人番号 | |
| | ××××-××××-×××× | |
| | 生 年 月 日 | |
| | ○年 ○月 ○日 | |
| 居宅サービス(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 | 事業所の所在地 | |
| 小規模多機能こいがくほ | 〒 185-×××× 国分寺市戸倉×-×-× | |
| 事業所番号 | 1 3 × × × × × × × × × | 電話番号 042(×××) ×××× |
| サービス開始(変更)年月日 | | ○年 ○月 ○日 付 |
| 事業所を変更する場合の事由等(※事業所を変更する場合のみ記入してください。) ※変更の場合は事由を記入 | | |
| (介護予防・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利用の有無 | ※(介護予防・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。 | |
| <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり (利用したサービス: 通所リハビリテーション) | | |
| 国分寺市長 殿 上記の(介護予防・看護)小規模多機能型居宅介護事業者に居宅サービス(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 国分寺市戸倉×-×-× 電話番号 042(×××) ×××× | | |
| 被保険者 氏名 国分寺 たろう | | |

(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(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国分寺市へ提出してください。

2 居宅サービス(介護予防サービス)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上, 必ず国分寺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。

| | | | |
|--------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| 保険者確認欄 | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 | <input type="checkbox"/> 届出の重複 | <input type="checkbox"/> システム入力 |
|--------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|