様式17号－3（第12条の3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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 変更年月日  （　　　　　　年　　月　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (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（介護予防）サービス等の有無 | | | | | | | | | ※(看護)小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅(介護予防)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  □居宅サービス等の利用なし | | | | | | | | | | | | (利用したサービス：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 宇和島市長　　様  　　上記の（看護）小規模多機能型居宅介護事業者に居宅（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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | | | | | | | 住　　所　〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  氏　　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | | | * 被保険者資格　□　届出の重複　□　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、要介護認定の申請時に、若しくは、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、速やかに宇和島市へ提出してください。

２.　居宅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上、必ず

宇和島市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。