|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分  （介護予防）小規模多機能型居宅介護事業者依頼用  □介護予防サービス計画  □居宅サービス計画　　　作成依頼（変更）届出書 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 明・大  昭・西暦　　　　年　 　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □男　□女 | | | | | |
| 介護予防サービス計画又は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 | | | | | | | | | | | | | | 〒 　－ | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所  番　号 |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 事業所を変更する場合の理由等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※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　　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （介護予防）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 | | | | | | | | （介護予防）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（介護予防）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（利用したサービス：  　□　居宅サービスの利用なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （宛先）京都市　　　　　区長  上記の　□指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業者に介護予防サービス計画  　　　 □指定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  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届け出します。  　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | | 住所  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　　(　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １この届出書は，要介護認定の申請時又は介護予防サービス計画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，速やかに各区役所・支所又は右京区役所京北出張所へ提出してください。  ２介護予防サービス計画若しくは居宅サービス計画の作成を依頼する事業所又は介護予防支援を受託する居宅介護支援事業所を変更するときは，変更年月日を記入のうえ，必ず各区役所・支所又は右京区役所京北出張所に届け出てください。届出がない場合は，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。  ３非該当（自立）と認定された場合及び認定有効期間が終了した場合は，この届出書は無効となります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ＜被保険者証受領者署名欄＞上記の被保険者について，被保険者証を受領しました。 | | | |
| 受領者  氏　名  (自署) |  | 本人  確認  文書 | １.介護支援専門員証　４.戸籍謄本（抄本）  ２.提出事業所職員証　５.その他  ３.運転免許証　　　　　（　　　　　　　） |
| ＊被保険者証の交付につきましては，原則本人住所へ郵送を行っておりますが，窓口で直接交付を希望される場合は，委任状の確認（又は既に交付されている被保険者証との交換），及び，受領者の身分確認を行っております。事故防止のため，御協力お願いいたします。 | | | |
| 保険者確認欄（記入しないでください。） | | | |
| □本人住所又は送付先に郵送　　□その他送付先及び理由（　　　　　　　　　　　　　　　　）  □被保険者資格　　□届出の重複 | | | |