様式第４５号（乙）（第３８条関係）

堺市居宅サービス・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	

生年月日	性別	個人番号
年　月　日		

居宅サービス等計画の作成を依頼(変更)する支援事業者			
事業者の事業所名		所在地	〒 電話番号
事業所番号		居宅ｻｰﾋﾞｽ等計画作成依頼日	年　月　日
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。)			

(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サービス等の利用の有無	※(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。
□　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	

堺市長　殿

上記の(看護)小規模多機能型居宅介護事業者に居宅サービス等計画の作成を依頼することを届け出ます。

届出日　　年　　月　　日

被保険者(本人)

住　所　〒

氏　名　　(※)

電話番号

同　意　書

指定居宅サービス等の提供を適切に行うため、私の居宅サービス等計画の内容を主治医、サービス提供事業者等に対して、情報提供することに同意します。

氏名　　(※)

(注)１　(※)において、被保険者(本人)がそれぞれ自署しない場合は、記名押印をしてください。

２　この届出書は、居宅サービス等計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに堺市へ提出してください。

３　居宅サービス等計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、その変更年月日を記入の上、必ず堺市に届け出てください。届出のない場合は、介護保険居宅サービス等に係る費用の全額を立て替えていただくことがあります。

保険者確認欄	受付者	介護度							有効期間	A/W入力者	A/W入力日	連絡票送付日	点検
		要支援		要介護									
		1	2	1	2	3	4	5	．　．　～　．　．				