**居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書**

**（　小規模多機能型居宅介護 ・看護小規模多機能型居宅介護　）**

|  |
| --- |
| 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 |
| 明・大・昭　　　年　 　月　　　日 | 男・女 |
| 　事　業　所　名 | 事　業　所　の　所　在　地 |
|  | 　　〒電話番号　　　　(　　　)　 |
| 指　定　事　業　所　番　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所を変更する場合の理由　　　　　※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】 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　※小規模多機能型居宅介護・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下さい。小規模多機能型居宅介護・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　□　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
 |
| 沖縄市長　様　　　　上記小規模多機能型居宅介護・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け出します。　　　年　　　月　　　日住　　　　所被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　(　　　) |

（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（介護予防）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沖縄市役所へ提出してください。

　なお、提出の際には、介護保険被保険者証をご持参ください。

２　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

記入の上、必ず沖縄市役所へ届け出てください。届け出のない場合、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。