**第１６号の３様式**（第１５条第１項）

居宅サービス計画作成（変更）届出書

（小規模多機能型）

|  |
| --- |
| 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 |
| 居宅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 | 〒 |
|  | 電話番号　　　(　　　)　　 |
| 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（令和　　　　年　　　月　　　日付）　 |
| 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有無 | ※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　 |
| 恵庭市長　様上記の小規模多機能居宅型介護支援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。　　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 被保険者 | 住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　 | 電話番号　　(　　　) |
| 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、要支援認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画の作成を依頼する事業所等が決まり

次第速やかに恵庭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うえ、必ず恵庭市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、全額負担していただくことがあります。