**居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書（（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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 明・大・昭　　　年　 　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する（看護）小規模多機能型居宅介護事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （看護）小規模多機能型  居宅介護事業所名 | | | | | | |  | | | | | | （看護）小規模多機能型  居宅介護事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | | | | | | | | | | | | サービス開始（変更）年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |  | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （看護）小規模多機能型居宅介護  事業所を変更する場合の理由等 | | | | | | | | | | ※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等の利用開始月における居宅サービス等の利用有無 | | | | | | | | | | | | | | | | ※(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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 阿賀野市長　様  　　上記の（看護）小規模多機能型居宅介護事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。  　　令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | | | 〒  住所  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する（看護）小規模多機能型居宅介護事業者が（看護）小規模多機能型居宅介護の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該（看護）小規模多機能型居宅介護事業者に必要な範囲で提示することに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （注意）１　この届出書は、要介護認定の申請時に、又は居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり  次第速やかに阿賀野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（看護）小規模多機能型居宅介護事業所を変更するときは、  変更年月日を記入の上、必ず阿賀野市へ届け出てください。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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | | | | | * 被保険者資格　□　届出の重複 * （看護）小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | |

**本人による届出の場合の確認欄**

○番号確認　　　　　　　　　　　　　　　○身元（実存）確認

　□　①　個人番号カード　　　　　　　　　□　①　個人番号カード

　□　②　通知カード　　　　　　　　　　　□　②　運転免許証、旅券、身体障害者手帳、

精神障害者保健福祉手帳　等

　□　③　個人番号が記載された住民票　　　□　③　官公署から発行･発給された書類その他これに類する書類であって、写真の表示等措置が施され、個人番号利用事務実施者が適当と認めるもの（氏名・生年月日又は住所が記載されているもの）

□　④　①～③まで困難であると認めら　　□　④　①～③まで困難であると認められる場合

れる場合　　　　　　　　　　　　　　　　は以下の書類を２以上

　　　ア　保険者等において住民基本台帳　　　　ア　公的医療保険の被保険者証、年金手帳等

の確認等　　　　　　　　　　　　　　　　　（介護保険被保険者証と負担割合証等）

**代理人による届出場合の確認欄**　（来庁者氏名：　　　　　　　　　　続柄：　　　）

○代理権

□　①　法定代理人（成年後見人等）

　　　　　戸籍謄本その他資格を証明するもの

□　②　任意代理人

　　　　委任状

□　③　上記が困難な場合

　　　本人の介護保険被保険者証等官公署から本人に対し本件に限り発した書類等

○代理人の身元（実存）確認

□　①　代理人の個人番号カード・運転免許証　等

□　②　官公署から発行･発給された書類その他これに類する書類であって、写真の表示等措

　　　置が施され、個人番号利用事務実施者が適当と認めるもの（氏名・生年月日又は住所

　　　が記載されているもの）（介護支援専門員証等）

　　□　③　①②が困難であると認められる場合、以下の書類を２以上

　　　　　　公的医療保険の被保険者証、年金手帳等（介護保険被保険者証と負担割合証等）

○　本人の番号確認

□　①　本人の個人番号カード又はその写し

□　②　本人の通知カード又はその写し

　　□　③　本人の個人番号が記載された住民票の写し等

　　□　④　①～③までが困難であると認められる場合

　　　　　　ア　保険者等において住民基本台帳の確認等

＊代理人申請で「本人の番号確認」を④とした場合は、代理権欄、代理人の身元確認欄のチェックが必要となる。（④の同意がない場合は裏面の記載不要）

＊代理人申請で同居の者が申請する場合は、運転免許証等の身元確認書類はチェックでよい。

＊代理人申請で同居でない者が申請する場合は、運転免許証等の身元確認書類は写しを添付する。