|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 下記に該当する場合はチェックしてください。   * 変更申請（要支援の変更申請を含む）に伴う認定結果により事業所を変更する場合   （変更申請時の状況　□要支援　□要介護）→（認定結果　□要支援　□要介護） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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（介護予防）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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | サービス開始（変更）年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援を受託する場合の居宅介護支援事業者（受託する場合のみ記入）  ※上記にも委託した事業所名（地域包括支援センター名）を記入すること | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （受託した事業者の事業所名） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | （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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　要支援→要介護の認定となったため　　□　要介護→要支援の認定となったため  　□　上記以外 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （宛先）高 松 市 長  上記の居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者（地域包括支援センター）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。  令和 年 月 日  被保険者 住所  電話番号（　　 ）　　－    氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | 居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護（介護予防）支援事業者が居宅介護（介護予防）支援の提供にあたり、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居宅介護（介護予防）支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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（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高松市へ提出してください。  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、必ず高松市に届け出てください。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 | 1. 被保険者資格 □ 届出の重複 2. 居宅介護（介護予防）支援事業者事業所番号 | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 受付 | 入力 | 証回収 | | | | |  |  | 資〒 | 認〒 | 〒 | 押返 |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 認定申請日 | 申請区分 | | 前回 | 今回 | |  | 新規 | 区分変更 | 介 | 介 | | 更新 | 要支援変更 | 支 | 支 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＜受付担当者記入欄＞   |  |  | | --- | --- | | 職権確認  (個人番号) |  | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | 個人番号  確認書類 | １　個人番号カード　　　２　通知カード　　３　個人番号が記載された住民票等  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | 申請者  確認書類 | １点のみで可 | １　個人番号カード　２　運転免許証　３　身体障害者手帳等  ４　介護支援専門員証  ５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | ２点確認必要 | １　介護保険被保険者証　２　医療保険証　３　介護保険納入通知書  ４　長寿手帳　５　包括・事業所の職員証  ６　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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・複合型サービス事業者用）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 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（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者（小規模多機能型居宅介護・複合型サービス事業者） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者の事業所名 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | 事業所の所在地 | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号（　　 ）　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | サービス開始（変更）年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (介護予防)小規模多機能型居宅介護・複合型サービスの利用開始月における居宅サービス等の利用の有無（給付管理対象のサービスに限る。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 「利用あり」の場合利用したサービス | | | | | | | | | | | | | | |
| □　居宅サービス等の利用あり　□　居宅サービス等の利用なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （宛先）高 松 市 長  上記の（介護予防）小規模多機能型居宅介護・複合型サービス事業者に居宅（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。    令和 年 月 日  被保険者 住所  電話番号（　　 ）　　－  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | 居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する（介護予防）小規模多機能型居宅介護・複合型サービス事業所が（介護予防）小規模多機能型居宅介護・複合型サービスの提供にあたり、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（介護予防）小規模多機能型居宅介護・複合型サービス事業者に必要な範囲で提示することに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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（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  次第速やかに高松市へ提出してください。  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、必ず高松市に届け出てください。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 | 1. 被保険者資格 □ 届出の重複 2. （介護予防）小規模多機能型居宅介護・複合型サービス事業所番号 | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付 | 入力 | 証回収 | | | |
|  |  | 資〒 | 認〒 | 〒 | 押返 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定申請日 | 申請区分 | | 前回 | 今回 |
|  | 新規 | 区分変更 | 介 | 介 |
| 更新 | 要支援変更 | 支 | 支 |

＜受付担当者記入欄＞

|  |  |
| --- | --- |
| 職権確認  (個人番号) |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 個人番号  確認書類 | １　個人番号カード　　　２　通知カード　　３　個人番号が記載された住民票等  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 申請者  確認書類 | １点のみで可 | １　個人番号カード　２　運転免許証　３　身体障害者手帳等  ４　介護支援専門員証  ５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２点確認必要 | １　介護保険被保険者証　２　医療保険証　３　介護保険納入通知書  ４　長寿手帳　５　包括・事業所の職員証  ６　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |