

社会福祉法人利用サービス等に関する事項変更届

豊中市

届出者
「本人もしくはご家族」

記入例
(変更の場合)

申込日を記入してください。

豊中市

豊中市中桜塚X-X-X

06-6858-XXXX

対象者との関係

本人

<軽減対象者基本情報>(必須)

フリガナ	トヨナカ タロウ	被保険者番号	100XXXXXXXXXX
名前	豊中 太郎	電話番号	06 - 6858 - XXXX
生年月日	S10 年 1月 XX日		
住所	〒 561 - XXXX 豊中市 中桜塚X-X-X		

<現在の利用状況>(必須)

現在の利用状況	「現在利用中のサービス名」を記入してください ※下記利用サービス名を参照		
現在利用中のサービス名	訪問介護		
現在利用中の法人名	社会福祉法人 〇〇〇会	現在利用中の事業所名	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇ステーション

<変更>

新サービス利用開始日	※ 利用事業所変更 変更後のサービス利用開始日を記入してください 令和4年 12月 1日		
変更後の法人名と変更後の事業所名	法人名	社会福祉法人 〇〇〇会	
	事業所名	〇〇〇〇ヘルパーステーション	
変更後の利用サービス名 ※利用サービスに ☑してください	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業 ^注 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業 ^注 <small>注) サービスの対象については、自己負担割合が保険給付と同様のものに限りま。</small>		

<追加>

追加サービス利用開始日	※追加の場合はこちらへ記入してください 年 月 日		
追加法人名と追加事業所名	法人名		
	事業所名		
追加する利用サービス名 ※利用サービスに ☑してください	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業 ^注 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業 ^注 <small>注) サービスの対象については、自己負担割合が保険給付と同様のものに限りま。</small>		