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）

|  |
| --- |
| 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 |
| 　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する小規模多機能型居宅介護事業者 |
| 小規模多機能型居宅介護事業所名 | 小規模多機能型居宅介護事業所の所在地 |
| 　 | 電話番号担当者名 |
| 事業所番号 | 　　　　　サービス開始（変更）年月日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 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。 |
|  |
| 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
 |
| 下妻市長　様　　上記の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ます。　　　　　年　　　月　　　日 |
| 被保険者 | 住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 | 電話番号 |
| 保険者確認欄 | * 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
 |

　居宅（介護予防）サービス計画を作成するために必要があるときは、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小規模多機能型居宅介護事業者に必要な範囲で掲示することに　　　**□　同意します　　　□　同意しません**

（注意）

１　この届出書は、要介護（要支援）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下妻市へ提出してください。なお、届出の際には、介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を添えてください。

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うえ、必ず下妻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、全額自己負担していただくことがあります。