

(暫定)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)

|       |
|-------|
| 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<br>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         |

|                |                       |
|----------------|-----------------------|
| 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下さい。 |
|----------------|-----------------------|

|   |   |
|---|---|
| (介護予防)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の有無                    | ※(介護予防)小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅(介護予防)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(介護予防)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。 |
| <input type="checkbox"/> 居宅(介護予防)サービス等の利用あり<br>(利用したサービス: ) |   |
| <input type="checkbox"/> 居宅(介護予防)サービス等の利用なし                 |   |

|   |      |
|---|------|
| 総社市長様   |      |
| 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。 |      |
| 令和 年 月 日  |      |
| 被保険者 住所   |      |
| 氏名  | 電話番号 |

- (注意)1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼する事業者が決まり次第速やかに総社市へ提出して下さい。
- 2 居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず総社市に届け出てください。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。

|        |   |
|--------|---|
| 保険者確認欄 | <input type="checkbox"/> 要介護認定( )<br><input type="checkbox"/> 被保険者証の添付(有・無)<br><input type="checkbox"/> 被保険者証の取り扱い(窓口交付( )・郵送( ))<br><input type="checkbox"/> 備考( )<br><input type="checkbox"/> 取扱い・入力( ) |
|--------|---|