

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支援事業者用】

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
	性 別
明・大・昭 年 月 日	
男・女	
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。
	変更年月日 (令和 年 月 日付)
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	<p>※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。</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり (利用したサービス：)</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし</p>
<p>長久手市長 様</p> <p>上記の（介護予防）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します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: right;">電話番号 ()</p> <p>被保険者 氏 名 印</p>	
保険者確認欄	<p><input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複</p> <p><input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号</p>

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時、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所が決まり次第、速やかに長久手市へ届出してください。
- 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うえ、必ず長久手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。