第10号様式の2(第15条関係)

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 （　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	※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

長久手市長　様

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。

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 □　（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号

（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。