**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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | **0** | | **0** | |
|  | | | | | | | | | | | | | 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）する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | | | |  | | | | | | | | | 事業所の所在地 | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　　(　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（介護予防）サービス（居宅療養管理指導及び特定施設入所者生活介護を除く。）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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （宛先）古賀市長  　　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します。  　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者住所： | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　 (　　　 ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名： | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※要介護認定申請時もしくは情報開示請求時に本届出書を提出する際は、下記署名等は省略可能です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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が居宅介護（介護予防）支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、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提示することに同意します。  　　　　　年　　月　　日  本人署名　　　　　　　　　　　　　代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　本人との関係  　　　　　　　　　　　　　　　　（本人署名欄を代筆した場合） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（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

する支援事業所が決まり次第速やかに市町村へ提出してください。

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、必ず市町村へ届け出てください。給付区分（介護給付、介護予防給付）が変更になった場合

も届け出が必要です。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。