

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	生 年 月 日
フリガナ	明・大・昭 年 月 日
被 保 険 者 番 号	要 介 護 状 態 区 分 等
個 人 番 号	要 支 援 状 態 区 分 1・2
	要 介 護 状 態 区 分 1・2・3・4・5

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に(1)及び(2)を利用している場合には「居宅サービス等の利用あり」に記入してください。)

- (1) (ア)(イ)を除く居宅（介護予防）サービス
- (ア) 居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導
 - (イ) 特定施設入居者の生活介護、介護予防特定施設入居者の生活介護
- (2) 地域密着型（介護予防）サービス
- (ア) 夜間対応型訪問介護 (イ) 認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護
 - (ウ) 認知症対応型共同生活介護(短期利用型に限る。)介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用型に限る。)
- 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

一関地区広域行政組合管理者 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出します。
 年 月 日
 住所
 被保険者 電話番号 ()
 氏名

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複
	<input type="checkbox"/> (介護予防) 小規模多機能型居宅介護事業者等事業所番号

居宅（予防介護）サービス計画の作成を依頼(変更)する居宅介護支援事業者が居宅介護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上記事業所に必要な範囲で提示することに同意します。
 年 月 日 氏名

(注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、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各市町介護保険担当窓口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には、変更年月日を記入のうえ、必ず各市町介護保険担当窓口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、全額負担していただくことがあります。