

介護保険居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書

| | | |
|---|--|-------------|
| 個人番号 | | 区分 新規・変更 |
| フリガナ | | 被保険者番号 |
| 被保険者氏名 | | |
| | | 生年月日 |
| | | 性別 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 | | 事業者の所在地 |
| 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。 | |
| | 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。 | |
| <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり (利用したサービス：) <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし | | |
| 吉岡町長 様 上記の小規模多機能型居宅介護（介護予防）支援事業者に居宅（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 申請者 電話番号 () 氏名 印 | | |
| 受付者確認欄 | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護（介護予防）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所が決まり次第、速やかに吉岡町役場介護福祉課介護高齢室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上、必ず吉岡町役場介護福祉課介護高齢室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。 | | |