

別記様式第20号の2 (第15条関係)

| 居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届書 （（介護予防）小規模多機能型居宅介護用） | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|--|--|-------------|--|--|--|--|
| サービス利用開始日 | | | | | 区 分 | | | | |
| 年 月 日 | | | | | 新規・変更 | | | | |
| 被 保 険 者 氏 名 | | | | | 被 保 険 者 番 号 | | | | |
| フリガナ | | | | | 生 年 月 日 | | | | |
| ----- | | | | | 性 別 | | | | |
| 個 人 番 号 | | | | | 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理由等 | | | | ※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) | | | | | |
| （介護予防）小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅（介護予防）サービス等の有無 | | | | ※（介護予防）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居者生活介護を除く。）及び地域密着型（介護予防）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 | | | | ----- | | | | | |
| 関市長 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ます。 年 月 日 住所 電話番号 () 被保険者 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事業所番号 | | | |
| ----- | | ----- | | ----- | | ----- | | | |
| 居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業者が居宅介護支援（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ときは、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（介護予防）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 氏名 | | | | | | | | | |

(注意)1 この届書は、要介護認定・要支援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、速やかに関市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、必ず関市へ届け出てください。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。