

居宅サービス・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用)

必ず記載してください

区分

新規 **変更**

被保険者氏名				被保険者番号									
フリガナ タテヤマ イチロウ													
立 山 一 郎				1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
生年月日				個人番号									
〇〇年 〇〇月 〇〇日													

居宅サービス計画・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 〒930-0000

〇〇小規模多機能型居宅介護支援事業所

富山市〇〇町〇丁目〇番

事業所番号

〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

電話番号 (×××)△△△△

適用年月日(いつからのサービス計画を作成依頼するのかを記載)

〇〇年〇〇月〇〇日

必ず記載してください

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

小規模多機能型居宅を利用することとなったため

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、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: 訪問介護 通所介護)

□ 居宅サービス等の利用なし

(宛先)富 山 市 長

上記の小規模多機能型居宅介護事業者に居宅サービス計画・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。

〇〇年〇〇月〇〇日

必ず記載してください(介護保険被保険者証にはこの日付が印字されます。)

住 所 富山市〇〇町〇〇番地

被保険者

電話番号 (△△△)××××

氏 名 立 山 一 郎

※個人番号を記載された場合

- (1) 本人申請の場合は、①本人の身元確認書類(「運転免許証」など)及び②番号確認書類(「通知カード」など)を持参してください。
- (2) 代理申請の場合は、①代理権の確認書類(被保険者本人の「介護保険被保険者証」(原本)、「委任状」(様式自由)など)、②代理人の身元確認書類(代理人の「運転免許証」など)、③番号確認書類(被保険者本人の「通知カードの写し」など)が必要となります。