

介護保険被保険者証と一緒に提出してください

### 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)

江東区長 殿

下記のとおり(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者にサービス計画作成を依頼したことを届出します。

{ 居宅  
介護予防 }

太線の中を記入してください。

|   |  |   |   |                                |   |       |  |
|---|--|---|---|--------------------------------|---|-------|--|
| ケアプラン作成開始日  |  | 平成                                      | 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    |  |
|   |  |   | 明・大・昭<br>年 月 日  |                                |   | 男・女   |  |
| 被保険者住所  |  | 〒                                       |   |                                |   |       |  |
| 電話番号 ( )  |  |   |   |                                |   |       |  |
| 居宅(介護予防)サービス計画作成を依頼(変更)した事業者                          |  |   |   |                                |   |       |  |
| 事業者の事業所名  |  |   |   | 事業所の所在地                        |   |       |  |
|   |  |   |   | 〒                              |   |       |  |
| 受付担当者名 ( )  |  |   |   | 電話番号 ( )                       |   |       |  |
| 事業者番号 ( )   |  |   |   |                                |   |       |  |
| 事業所を変更する場合の事由等  |  |   |   |                                |   |       |  |
| 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<br>(利用したサービス: ) |  |   |   |                                |   |       |  |
| <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし                 |  |   |   |                                |   |       |  |
| 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"/> 介護予防支援事業所事業所番号 |   |                                |   |       |  |

(注意) 1 この届出書は(介護予防)小規模多機能型居宅介護サービス計画作成を依頼する事業者が決まり次第速やかに江東区へ提出してください。

2 介護予防サービス計画作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援を受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず江東区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。

受領

|    |    |    |
|----|----|----|
| 受付 | 点検 | 入力 |
|    |    |    |

|     |     |
|-----|-----|
| 証回収 | 証発行 |
|     |     |