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】

区　分
新規 ・ 変更

被保険者氏名	被保険者番号	
フリガナ		
	個人番号	
	生年月日	性別
	明・大・昭　　年　　月　　日	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：　　）
□ 居宅サービス等の利用なし

瀬　戸　市　長　様

上記の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します。

年　　月　　日

被保険者　住　所　　電話番号　　（　　）
氏　名

保険者確認欄	□ 被保険者資格　□ 届出の重複 □ 小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号

（注意）１　この届出書は、要介護認定等の申請書時、もしくは、居宅（介護予防）サービス計画を作成する事業所が決まり次第、速やかに瀬戸市へ提出してください。なお、届出の際には、介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を添えて提出してください。

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うえ、必ず瀬戸市へ届け出てください。届出のない場合、サービスにかかる費用をいったん全額自己負担していただくことがあります。