

<記入見本>

介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書(介護予防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 ミト ハナコ										1	2	3	4	5	6	7	8	9	0		
水戸 花子										個人番号											
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
										生年月日											
○○年○○月○○日																					
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																					
介護予防小規模多機能型居宅介護事業所名					介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の所在地																
小規模多機能型居宅介護 ○○					〒310-0000 水戸市○○町○-○-○																
事業所番号					サービス開始(変更)年月日																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	年		月	日								
介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を変更する場合の理由等																					
※変更する場合のみ記入してください。																					
介護予防小規模多機能型居宅介護等の利用開始月における介護予防サービス等の利用の有無					※介護予防小規模多機能型居宅介護の利用前の介護予防サービス(介護予防居宅療養管理指導及び介護予防特定施設入所者生活介護を除く。)及び地域密着型介護予防サービス(介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防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 checked="" type="checkbox"/> 介護予防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) <input type="checkbox"/> 介護予防サービス等の利用なし																					
水戸市長様																					
上の介護予防小規模多機能型居宅介護事業者に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																					
〒310-0000																					
住所 水戸市○○町○-○-○																					
被保険者						電話番号 029-000-0000															
氏名 水戸 花子																					

はじめて申請する方は新規を○で囲んでください。

介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の事業所番号・事業所名・所在地を記入してください。

サービスの開始(変更)年月日を記入してください。

居宅サービス等の利用がある場合、利用したサービスも記入してください。

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介護予防小規模多機能型居宅介護の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、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 水戸 花子

- (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、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水戸市へ提出してください。
 2 介護予防サービス計画の作成を依頼する介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず水戸市へ届け出してください。
 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。

備考欄	再発行申請	認定申請	部会	審査会	発送日	入力日

保険者確認欄なので記入しないでください。