|  |  |
| --- | --- |
| 居宅サービス計画 | 作成依頼（変更）届出書（小規模多機能） |
| 介護予防サービス計画 |

令和　　年　　月　　日

七戸町長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 下記の事業者に | 居宅サービス計画 | の作成を依頼することを届出します。 |
| 介護予防サービス計画 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出区分 | | 新　規　・　変　更 |
| 被保険者 | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 氏　名 |  | | | 生年月日 | | | | | | | | 性　別 | | |
| 大正・昭和  年　　　月　　　日 | | | | | | | | 男・女 | | |
| 居宅サービス計画又は介護予防サービス計画の作成依頼（変更）する事業者 | | | | | | | | | | | | | | |
| 種　類 | * 居宅介護支援事業者 * 地域包括支援センター（介護予防支援事業者） * 小規模多機能型居宅介護支援事業者 * 介護予防小規模多機能型居宅介護支援事業者 | | | | | | | | | | | | | |
| 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  □　居宅サービス等の利用・　有　（利用したサービス　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　居宅サービス等の利用・　無 | | | | | | | | | | | | | | |
| 計画作成を依頼（変更）する事業所名及び事業所番号   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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）   * 認定区分変更に伴う事業者の変更（要支援⇔要介護）  |  | | --- | | 利用開始年月日及び変更年月日  （令和　 　年　　 月　 　日） |  * その他 | | | | | | | | | | | | | | |

個人番号

居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護（予防）支援事業者が居宅介護（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時は、要介護（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居宅介護（予防）支援事業者に必要な範囲で情報提供することに同意します。

令和　　年　　月　　日　氏名

（注）

１　この届出書は、要介護認定の申請時や、居宅サービス計画もしくは介護予防サービス計画の作成を依頼する事業

者が決まり次第、速やかに介護高齢課へ提出してください。

２　事業者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず届け出てください。届出書の提出がない場合、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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険者確認欄 | □　要介護・要支援  □　届出の重複  □　入力済  □　被保険者証・資格者証  　　発行日　　月　　日　　　　　　宛 | 備考 |