

様式第19号

居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書  
（（看護）小規模多機能型居宅介護・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															
						個 人 番 号									
						生 年 月 日									
						年 月 日									
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 所 名								事業所の所在地							
								電話番号				（ ）			
事 業 所 番 号						サービス開始（変更）年月日									
										年	月	日			
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。									
（看護）小規模多機能型居宅介護等の利用開始月における居宅サービス等の利用有無						※（看護）小規模多機能型居宅介護又は介護予防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（（介護予防）居宅療養管理指導及び（介護予防）特定施設入居者生活介護を除く。）及び地域密着型（介護予防）サービス（夜間対応型訪問介護、（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 type="checkbox"/> 居宅（介護予防）サービス等の利用あり（利用したサービス： ） <input type="checkbox"/> 居宅（介護予防）サービス等の利用なし															
袋井市長 上記の事業者に居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。 年 月 日 被保険者 住 所 氏 名 電話番号 （ ）															
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"/> （看護）小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号													
居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する上記事業者が（看護）小規模多機能型居宅介護又は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ときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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事業者に必要な範囲で提供することに同意します。 年 月 日 氏名															

注意 1 この届出書は、要介護認定の申請時、又は居宅（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、速やかに袋井市へ提出してください。

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上、必ず袋井市に届け出てください。届出がない場合は、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。