

介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

小規模・予防

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					明・大・昭 年 月 日				
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する事業者																			
事業者の事業所名										事業所の所在地 〒									
										TEL ()									
事業所番号										サービス開始年月日									
										令和 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下さい。									
										変更年月日（令和 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（短期型）に限る。）の利用の有無 を記入して下さい。									
☐ 居宅サービス等の利用あり （利用したサービス：										⇒居宅介護支援事業所が小規模多機能型居宅介護分を含めた1ヶ月分の給付管理票を作成します。									
☐ 居宅サービス等の利用なし																			
洲 本 市 長 様																			
上記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作成を 依頼することを届け出します。																			
令和 年 月 日																			
住 所																			
被保険者																			
氏 名 TEL ()																			
保険者 確認欄		☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号																	

介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者が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支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

令和 年 月 日 氏名

- （注意） 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは居宅サービス計画等の作成を依頼する事業
所が決まり次第速やかに被保険者証又は資格者証と共に洲本市へ提出してください。
- 2 居宅サービス計画等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、
必ず洲本市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。

文書処理簿受付番号 年度 ()

事業者への確認 / 印、 データ入力 / 印 データチェック / 印

受付印