

居宅・介護予防サービス計画作成依頼（変更・終了）届出書（小規模多機能型居宅介護用）

		区 分	
		新規・変更・終了	
※右の該当するものに「○」をしてください。			
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	
居宅・介護予防サービス計画作成を依頼（変更・終了）する事業者			
事業者の事業所名		事業所の所在地	
		〒 -	
		電話番号 ( )	
介護保険事業所番号			
サービス計画作成の依頼（開始）年月日 （変更・終了の場合は変更・終了年月日）※終了は契約最終日を記入してください。		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・終了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の利用開始月における居宅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居宅サービス等(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(短期利用型を除く。))及び地域密着型サービス((介護予防)認知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"/> 居宅サービス等の利用あり (利用したサービス: )		<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし	
美作市長 様 上記のとおり、居宅・介護予防サービス計画の作成について届け出ます。  令和 年 月 日 〒 - 住 所 被保険者 電話番号 ( ) 氏 名			

(注意)

- この届出書は、要介護・要支援認定の申請時に、若しくは、居宅・介護予防サービス計画の作成を依頼する事業者を決めた際に、すみやかに市へ提出してください。事業者を決めていない場合は、市に備えてある（認定結果通知時に送付している）事業者一覧の中から選択してください。なお、認定結果が「非該当（自立）」となった場合には、この届出の効力はなくなります。
- 居宅・介護予防サービス計画の作成を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず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。
- (介護予防)小規模多機能型居宅介護支援事業所との契約が失効したとき、もしくは、介護保険施設等に入所すること等により、居宅・介護予防サービス計画の作成の依頼をやめた場合は、区分の「終了」に○をし、市に届け出てください。なお、事業者を変更した場合、もしくは、被保険者資格を喪失した場合は、終了の届出は不要です。

美作市確認欄

総合支所受付	本庁受付			入 力
		<input type="checkbox"/> 認定済	<input type="checkbox"/> 認定申請中	
		<input type="checkbox"/> 届出の重複	<input type="checkbox"/> 介護保険事業所番号	
		<input type="checkbox"/> 被保険者証回収		