

居宅介護（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・看護小規模多機能型居宅介護用】

		区 分	
		新規・変更	
太枠の中を記入してください。			
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
		個 人 番 号	
居宅介護（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者			
事業者の事業所名・所在地		事業所番号	
〒			
電話番号（ ） —			
事業所の種類	※届出する事業所の種類の□にチェックをしてください。		
<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護			
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。		
変更年月日（令和 年 月 日付）			
（介護予防）小規模多機能型居宅介護又は看護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又は看護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（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、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（短期入所利用型）に限る。）等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			
（あて先）浜松市長 居宅介護（介護予防）サービス計画の作成依頼（変更）について、介護保険法第 4 6 条第 4 項・第 5 8 条第 4 項の規定により、届け出ます。 年 月 日 住所 被保険者 電話番号（ ） — 氏名			
同意に関する事項（同意される場合は、□内にレ点を記載するとともに、氏名欄に署名をお願いします。） <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する（看護）小規模多機能型居宅介護事業者が（看護）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、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（看護）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			
浜松市確認欄	受 付	入 力	確 認 備 考

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定等の申請時に、又は居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに浜松市へ提出してください。
- 2 居宅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うえ、必ず浜松市に

提出してください。届出がない場合、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。