

居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書 (小規模多機能型)

(届出先) 長 浜 市 長

届出年月日 令和 年 月 日

※市役所で受付をした日が届出年月日となります。

下記の(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者に居宅(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。

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号					
フリガナ							
		生 年 月 日					
		大・昭		年	月	日	
住 所							
〒 -		電話番号: ()					
提出代行者(本人以外が提出する場合)							
<input type="checkbox"/> 下記の(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者 その他の代行者(家族等)							
<input type="checkbox"/> 氏名: _____		電話番号: () _____					
住所: _____		被保険者との続柄: _____					
居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼(変更)する(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者							
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							
(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				<small>※(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(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)を除く。)及び地域密着型サービス(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。</small>			
<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							
届出書の適用開始(変更)日等							
適用開始(変更)年月日				※変更する場合は理由等を記入してください。			
(令和 年 月 日付)							
※届出月の前月以前に遡ることはできません。							
保険者確認欄	介護度区分	新規申請日 有効期間終了日	届出重複	届出入力	被保険者証交付	備考	
	要支援・要介護	日付新規 月末切れ					

- 注意) 1 この届出書は、居宅(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長浜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者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず長浜市へ届け出てください。なお、要支援から要介護(要介護から要支援)に区分が変更となった際には、届出書の再提出は不要ですが、その旨を連絡してください。
- 3 原則として、届出のない場合のサービスに係る費用は、一旦、全額負担していただくこととなります。要介護(支援)認定(更新・区分変更)申請中のサービスの利用についても、利用する日の同月中に必ず届け出てください。