

# 居宅（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 <b>変更</b>	
被 保 険 者 氏 名			
カガナ <b>カイゴ イチロウ</b>		被 保 険 者 番 号	
		0 0 0 0 9 8 7 6 5 4	
個 人 番 号			
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2			
生 年 月 日			
明・大 <b>昭</b> 14 年 1 月 1 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			
事業者の事業所名および事業所番号		事業所の所在地	
<b>小規模多機能型居宅介護支援事業所●●●</b>		〒□□□-□□□□	
6 6 6 6 6 6 6 6 6		<b>函館市●●町△△番○○号</b>	
		電話番号 0138 ( XX ) XXXX	
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。			
<b>小規模多機能型居宅介護サービスの利用を開始するため。</b>			
変更年月日 ( <b>令和 6 年 3 月 6 日</b> 付)			
(介護予防) 小規模多機能型居宅介護また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（介護予防）サービス等の利用の有無		<input checked="" 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： <b>福祉用具貸与、訪問介護</b> } <input type="checkbox"/> 居宅（介護予防）サービス等の利用なし	
※（介護予防）小規模多機能型居宅介護または看護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特定施設入居者生活介護、認知症対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護型）の利用の有無			
<b>利用あり・なしのどちらかにチェックしてください。</b> <b>※初めて介護サービスを利用開始する場合や月の初日(1日付)が届出日となる場合は「なし」にチェックしてください。</b>			
(あて先) 函館市長			
上記の <b>(介護予防) 小規模多機能型居宅介護事業者</b>		に居宅（介護予防）サービス	
看護小規模多機能型居宅介護事業者			
計画の作成を依頼することを届出			
<b>令和 6 年 3 月 6 日</b>			
住 所 <b>函館市□□町△番△△号</b>			
被保険者 氏 名 <b>介護 一郎</b>		電話番号 <b>0138 ( XX ) XXXX</b>	
備 考			

- (注意) 1 この届出書は、要介護（要支援）認定の申請時に、もしくは、居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに函館市に提出してください。
- 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、必ず函館市に届け出してください。届け出のない場合、サービスにかかる費用をいったん、全額自己負担していただくことがあります。