

小規模

居宅・介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

((看護)小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護)

区 分

新規 ・ 変更

被 保 険 者 氏 名

被 保 険 者 番 号

フリガナ

0

0

0

0

個 人 番 号

生 年 月 日

年

月

日

居宅・介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する小規模多機能型居宅介護事業者

小規模多機能型
居宅介護事業所名

小規模多機能型居宅
介護事業所の所在地

〒

電話番号：

事業所番号 ※必ず記入してください

サービス開始（変更）年月日

年

月

日

事業所を変更する場合の理由等

※事業所を変更する場合のみ記入してください。

1. 本人からの申し出による
2. 家族からの申し出による
3. その他（

）

小規模多機能型居宅介護等の利用開始月に
おける居宅・介護予防サービス等の利用有無

※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（短期利
用型）に限る。）の利用の有無を記入してください。

☐ 居宅・介護予防サービス等の利用あり

利用したサービス（

）

☐ 居宅・介護予防サービス等の利用なし

高石市長 様

上記の（看護）小規模多機能型居宅介護事業者（介護予防小規模多機能型居宅介護事業者）にサービス計画の
作成を依頼することを届け出ます。

年 月 日

〒

被保険者 住 所

電話番号

氏 名

居宅・介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する小規模多機能型居宅介護事業者が小規模多機能型居
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

- （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所が決まり次第、速やかに
高石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所を変更するときは、変更年月日を記入の
上、必ず高石市へ届け出てください。届出のない場合、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。