

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）

										区 分 新規 ・ 変更				
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号									
フリガナ	ミヤコ ハナコ				1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
宮古 花子					個 人 番 号									
					生 年 月 日									
					明 ・ 大 ・ 昭 30 年 3 月 3 日									
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防小規模多機能型居宅介護事業者														
介護予防小規模多機能型居宅介護事業所名				介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の所在地				〒 906-8501						
小規模多機能型居宅介護支援事業所 みやこ				宮古島市平良字西里1140番地										
				電話番号				〇〇-〇〇〇〇						
事業所番号				サービス開始（変更）年月日										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	令和 〇 年 × 月 × 日				
介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を変更する場合の理由等														
※変更する場合のみ記入してください。														
例）本人希望のため														
介護予防小規模多機能型居宅介護等の利用開始月における介護予防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等（介護予防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を除く。）及び地域密着型介護予防サービス（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。 ※介護予防小規模多機能型居宅介護等（介護予防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を除く。）及び地域密着型介護予防サービス（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。										
<input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし				利用したサービス（ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与） どちらかにチェックをし、「あり」の場合は、利用したサービスを記入してください。 ※請求事務の登録上、重要な箇所となっております。お間違えの無いようにお願いします。										
宮古島市長 様				上記の介護予防小規模多機能型居宅介護事業者を届出します。										
令和 〇 年 △ 月 △ 日				〒										
住所 被保険者住所				本届出書を提出する日付を記入してください。										
被保険者				電話番号 〇〇-〇〇〇〇										
氏 名 宮古 花子														

介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防小規模多機能型居宅介護事業者が介護予防小規模多機能型居宅介護の提供にあたり、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介護予防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。

自筆署名欄	令和 〇 年 × 月 × 日	サービス利用開始日までに、被保険者本人から同意(年月日)を得ておくようお願いします。	(代筆者名・続柄)
-------	----------------	--	-----------

- (注意)
- この届出書は、要支援認定の申請時に、又は介護予防サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに宮古島市へ提出してください。
 - 介護予防サービス計画作成を依頼する介護予防小規模多機能型居宅介護事業者は、変更年月日を記入のうえ、必ず宮古島市へ届け出てください。変更後、一旦、全額自己負担していただくことがあります。

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複
	<input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護	

被保険者本人の自署をお願いします。ご家族が代筆する場合は、代筆者の名前は、被保険者本人の前と続柄の記入をお願いします。押印は不要。事業者の方が代筆の場合は、被保険者本人の押印をお願いします。