

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書
（介護予防サービス計画）

区 分
新規・変更

被保険者氏名	被保険者番号
フリガナ	
	個人番号
	生年月日
	性 別
	年 月 日
	男 ・ 女
居宅サービス計画（介護予防サービス）の作成を依頼（変更）する事業者	
事業者の事業所名	事業所の所在地 〒
	電話番号
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下さい。
	変更年月日（ 年 月 日付）
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	
<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	
※（介護予防）小規模多機能型居宅介護の利用開始月において、同サービス利用前の居宅サービス（（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（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下さい。	
宮古市長 様 上記の（介護予防）小規模多機能型居宅介護支援事業者に居宅サービス計画（介護予防サービス計画）の作成を依頼することを届出します。	
	年 月 日
	住 所
被保険者 氏 名	
電話番号	（ ）
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> （介護予防）小規模多機能居宅介護支援事業所番号 <input type="checkbox"/> 居宅の重複

居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護（介護予防）支援事業者が居宅介護（介護予防）支援の提供にあたり、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居宅介護（介護予防）支援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、要介護認定又は要支援認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画又は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宮古市へ提出して下さい。
 - 2 居宅サービス計画又は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うえ、必ず宮古市へ届け出て下さい。届け出のない場合、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。