

居宅介護（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書

※必ず○をつけてください。⇒

サービス種別		区 分	
介護・介護予防		新規・変更	
被保険者氏名		被保険者番号	
ワカナ			
		生年月日	
		性 別	
		明・大・昭 年 月 日	
		男・女	
居宅介護（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		事業所の所在地 〒	
		電話番号 ()	
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。	
変更年月日 (平成 年 月 日付)			
小規模多機能型居宅介護利用の場合 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		※小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス（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。	
<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			
小 山 町 長 様 上記の居宅介護支援事業者、地域包括支援センター（介護予防支援事業者）、小規模多 機能型居宅介護事業者に居宅介護（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 小山町 電話番号 () 被保険者本人 氏 名 ㊦			
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"/> 居宅介護支援事業者事業所番号若しくは地域包括支援センター、小規模多 機能型居宅介護事業者の事業所番号	

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは居宅介護サービス計画の作成
を依頼する事業所が決まり次第、速やかに依頼先事業所へ提出してください。(介
護予防のサービス計画の場合は小山町地域包括支援センター平成の社に提出)
- 2 居宅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、必ず事業所経由で小山町住民福祉課に届け出してください。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。

【問い合わせ先】 小山町住民福祉課 介護保険高齢者班

電話 0550-76-6669

〒410-1395 小山町藤曲57-2 (小山町役場 1F)

被保険者証発行管理

本人又は家族・ケアマネ・申請中のため発行しない

受領者氏名 _____