

## 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。⇒

<b>サービス種別</b>	<b>区 分</b>
介護・ <b>介護予防</b>	新規・変更

被保険者氏名	被保険者番号										
フリガナ	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; text-align: center;">生年月日</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">性 別</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">明・大・昭 年 月 日</td> <td style="text-align: center;">男・女</td> </tr> </table>	生年月日	性 別	明・大・昭 年 月 日	男・女						
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 〒410-1311 小山町小山255-2 電話番号0550(76)9950
小山町地域包括支援センター平成の杜	
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。
--	--

- 居宅サービス等の利用あり  
 (利用したサービス： )  
 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 ①

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										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">2</td><td style="width: 10%;">2</td><td style="width: 10%;">0</td><td style="width: 10%;">1</td><td style="width: 10%;">3</td><td style="width: 10%;">0</td><td style="width: 10%;">0</td><td style="width: 10%;">0</td><td style="width: 10%;">4</td><td style="width: 10%;">9</td> </tr> </table>	2	2	0	1	3	0	0	0	4	9
2	2	0	1	3	0	0	0	4	9		

- (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杜に提出)
- 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 \_\_\_\_\_