

居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書
【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		
		個 人 番 号
生 年 月 日		性 別
明・大・昭		男・女
		年 月 日
居宅サービス計画・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下さい。	
	変更年月日 (平成 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	※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入所者生活介護を除く。）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地域密着型共同生活介護（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（開始月の給付管理票は居宅介護（介護予防）支援事業者が作成） （利用サービス： ） <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし		
<p>宇部市長 様</p> <p>上記の（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業者に居宅（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。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: right;">電話番号 ()</p> <p>被保険者</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p>		
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"/> 小規模多機能型居宅介護事業所番号	

- (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宇部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うえ、必ず宇部市に届け出してください。届出のない場合、サービスにかかる費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第88条で準用する第9条及び指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第64条で準用する第11条に関する事項確認欄

平成 年 月 日

小規模多機能型居宅介護の提供開始に当たり、利用者に対して重要事項を記した文書を交付して説明を行いました。

事業者説明者 所属・職名 _____

氏名 _____ 印

私は、重要事項を記した文書に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、小規模多機能型居宅介護の提供開始に同意します。

利用者 氏名 _____ 印

利用者家族 続柄 _____ 氏名 _____ 印

- (注意) 1. 利用者、家族持参の場合は上記欄の署名、押印の省略を可とします。
2. 利用者、家族いずれかの署名、押印で可とします。
3. 事業者において、上記内容に相当する同意書を利用者から取る場合は、その写しで可とします。その場合は、事業者説明者の署名、押印及び利用者又は利用者家族の署名、押印は必須とします。なお、介護保険法第23条に基づき原本の提出を求める場合があります。

以下は記入しないで下さい(市処理欄)。

届出者	<input type="checkbox"/> 本人
	<input type="checkbox"/> 家族(続柄 _____ 氏名 _____)
	<input type="checkbox"/> 事業者

市受付日	受付者	入力日	入力者	被保険者証記載