様式第35号の4(別表関係)

# 居宅・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事業者用)

| 区　分 |
|---|
| 新規・変更 |

| 被　保　険　者 | | 被保険者番号 | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | | |
| 氏　　名 | | 個　人　番　号 | |
| | | 生年月日 | 性　別 |
| | | 年　　月　　日 | 男　・　女 |

| 居宅・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　〒<br>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。<br>変更年月日<br>(　　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

諫早市長　　様

上記の小規模多機能型居宅介護事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。

年　　月　　日

被保険者　　住　所

氏　名　　電話番号　　(　　)

| 保険者確認欄 | □被保険者資格　□届出の重複　□小規模多機能型居宅介護支援事業者事業所番号<br>□介護予防小規模多機能型居宅介護支援事業者事業所番号 |
|---|---|

(注意)　1　この届出書は、要介護(要支援)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、速やかに諫早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、必ず諫早市に届け出てください。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。