様式第１３号の３

# 介護保険　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）

| 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　　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（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業者

| （介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所名 | （介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所の住所 |
|---|---|
| | 〒<br>電話番号 |

（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所を変更する場合の事由等　※変更する場合のみ記入して下さい。

変更年月日
（令和　　年　　月　　日付）

（介護予防）小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅（介護予防）サービス等の利用の有無

※（介護予防）小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅（介護予防）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。）及び地域密着型介護（介護予防）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（介護予防）サービス等の利用あり
（利用したサービス：　　）
☐　居宅（介護予防）サービス等の利用なし

長瀞町長　　様

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け出します。

令和　　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<br>☐　（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号 |
|---|---|

（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長瀞町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、必ず長瀞町に届け出てください。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。