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）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　 　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  事業者の事業所名 | | | | | | |  | | | | | 介護予防小規模多機能型  事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | | | | | | | | | | | サービス開始（変更）年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | 年　 　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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理由等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※変更する場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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サービス（居宅療養型管理指導及び特定施設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（開始月の給付管理票は介護予防支援事業者が作成）  （利用したサービス：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □居宅サービス等の利用なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 八頭町長　様  　　上記の介護予防小規模多機能型居宅介護事業所に介護予防サービス計画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　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 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が介護予防小規  模多機能型居宅介護支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援  認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防小規模多機能  型居宅介護事業者に必要な範囲で提示することに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　氏名 |

（注意）１　この届出書は、要介護認定の申請時に、又は介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決

まり次第速やかに八頭町へ提出してください。

２　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

ず八頭町保健課へ届け出てください。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。

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