

# 小規模多機能型居宅

## 居宅(介護予防)サービス計画作成依頼届出

※届出の際には、介護保険被保険者証を添付してください。(申請中の方を除く)

区分	
居宅	・ 予防
新規	・ 変更

被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
		個人番号	
		明・大・昭 年 月 日	
居宅(介護予防)サービス計画作成を依頼(変更)する事業者			
事業者の事業所名		事業者の所在地 〒 -	
事業所番号		電話番号 ( )	
事業所を変更する場合の事由等		サービス計画作成の開始年月日 (変更の場合は変更日) (令和 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利用の有無 (*1)		*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。 (*1)	
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり(利用したサービス: _____) <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし			
西宮市長 様			
上記の小規模多機能型居宅介護支援事業者(介護予防小規模多機能型居宅介護支援事業者)に居宅サービス計画作成を依頼することを届出します。			
住所			
電話番号 ( )			
被保険者		受付印	
氏名		印	
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 事業者事業所番号	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> サービス開始日	受付者

\*1(介護予防を含む)

- (注意) 1 この届出書は居宅サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに西宮市へ提出してください。新規の場合、原則として、届出日がサービス利用開始日となります。
- 2 居宅サービス計画作成を依頼する事業所を変更するときは変更年月日等を記入の上届けてください。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。予防給付(要支援1・2)⇄介護給付(要介護1～5)へ区分が変更された場合も届出が必要です。