

# 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<br>(変更の場合は変更日)<br>(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: _____)<br><input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし   |                         |  |   |             |  |          |  |     |
| <b>&lt;被保険者記入&gt;</b><br>西宮市長 様<br>上記の事業者に介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。<br>住所<br>電話番号 ( )<br>本人署名<br>代筆者 (続柄)<br>・代筆者は、家族又は法定代理人となります |                         |  |   |             |  |          |  |     |
| 保険者<br>確認欄  | 被保険者証 : 回収・未回収( )・資格異動届 |  |   |             |  |          |  |     |
|   | □サービス開始日の確認             |  |   |             |  | 受付者      |  |     |
|   | 入力日                     |  |   | 発送日         |  |          |  |     |
| <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 50px;">受付印</td> </tr> </table>                                       |                         |  |   |             |  |          |  | 受付印 |
| 受付印   |                         |  |   |             |  |          |  |     |

\*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。
- 3 「サービス計画作成の開始年月日」を書き損じた場合は、二重線で消し、その上に訂正印を押ししてください。訂正印がない場合は、受付ができませんのでご注意ください。

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   | 0 0 0 0 2 3 4 5 6 7 |
| 介護 ○ 郎 | 個人番号                |
|        | 123456123456        |
|        | 明・大(昭) 9 年 1 月 5 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 〒 -      |
| ○○法人                         | 西宮市○○町○-○        |
| ○○小規模多機能型居宅介護支援事業所           | 電話番号0798(00)0000 |
| 事業所番号 1 2 3 4 5 6 7 8 8 9    |                  |

|                |   |
|----------------|---|
| 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<br>(変更の場合は変更日)<br>(令和 1年 5月 1日付) |
|----------------|---|

※必ず記入して下さい!

|  |   |
|--|---|
| 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) |
|--|---|

居宅サービス等の利用あり(利用したサービス: 訪問介護 )  
 居宅サービス等の利用なし

居宅サービス利用ありの場合  
居宅介護支援事業所が小規模多機能型居宅介護利用分も含め給付管理票を提出する。  
居宅サービス利用なしの場合  
小規模多機能型居宅介護事業所が給付管理票を提出する。

<被保険者記入>  
西宮市長 様  
上記の事業者に介護予防サービス計画作成又は介護...  
住所 西宮市○○町□-△  
電話番号 0798 ( □□ )○○○○  
本人署名 介護 太郎  
代筆者 介護 花子 (続柄) 妻  
・代筆者は、家族又は法定代理人となります

|     |
|-----|
| 受付印 |
|-----|

|            |                                     |     |
|------------|-------------------------------------|-----|
| 保険者<br>確認欄 | 被保険者証 : 回収・未回収( )・資格異動届             |     |
|            | <input type="checkbox"/> サービス開始日の確認 | 受付者 |
|            | 入力日                                 | 発送日 |

\*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者が決まり次第、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者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。  
3 「サービス計画作成の開始年月日」を書き損じた場合は、二重線で消し、その上に訂正印を押ししてください。訂正印がない場合は、受付ができませんのでご注意ください。