

（介護予防）小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護に係る
居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書

		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
		年 月 日	
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、番号		事業所の所在地 〒	
		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。	
小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護等の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無 <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり ・ 居宅サービス（（介護予防）居宅療養管理指導及び（介護予防）特定施設入居者生活介護（短期利用型以外）を除く。） ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護 ・（介護予防）認知症対応型通所介護 ・（介護予防）認知症対応型共同生活介護（短期利用型） ・（介護予防）地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用型） ・ 地域密着型特定施設入所者生活介護（短期利用型） （利用したサービス：) <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし			
（宛先）下関市長 上記の { <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護事業者 } に { <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 介護予防 } サービス計画を 年 月 日 から作成依頼することを届け出します。 年 月 日 被保険者 住所 氏名 電話番号			
提出代理（代行）者		氏名（事業所名） 連絡先	

（注意） 1 この届出書は、要介護認定等の申請時に、若しくは、（介護予防）小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護に係る居宅（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、速やかに下関市へ提出してください。
 2 （介護予防）小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護に係る居宅（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時は、変更事由及び計画作成開始（変更）年月日を記入のうえ、必ず下関市に届け出してください。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。

（市記入欄）

資格等	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 事業者番号		
提出	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 使者 <input type="checkbox"/> 郵送		
代理権の確認	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()		
個人番号確認	個人番号カード提示	有 ・ 無	
	通知カード・住民票提示	有 ・ 無	
	システム確認	有 ・ 無	
	身元確認	※写真交付は1点・写真なしは2点 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 健康保険・後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ()	