様式第６３号（第４６条関係）

居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書（小規模多機能型居宅事業者分）

区　分
新規・変更

被保険者氏名	被保険者番号
（フリガナ）	
	生　年　月　日
個人番号	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	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

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。

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	※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（利用したサービス：　　）
☐　居宅サービス等の利用なし

大田原市長　様

上記の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ます。

年　　月　　日

被保険者
住　所
氏　名　　電話番号

居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する小規模多機能型居宅介護支援事業者が小規模多機能型居宅介護支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要があるときは、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居宅介護支援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又は居宅（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市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上、必ず市に届け出てください。届出のないときは、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 ☐　小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号

入　力	受　付