

# 小規模多機能型居宅

## 居宅サービス・介護予防サービス計画作成依頼（新規・変更）届出書

被保険者番号		個人番号	
フリガナ	生年月日		
被保険者 氏名	年 月 日		

居宅サービス計画・介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する事業所			
事業所 名称		事業所番号	
		電話番号	
所在地	〒		
変更理由		変更年月日	年 月 日
・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			有 ・ 無
<small>※小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービスにおける居宅サービス等の利用の有無(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。</small>			

熊本市長 様

上記の(小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護)事業者に  
居宅サービス計画・介護予防サービス計画作成を依頼することを届出します。

被保険者 年 月 日

住所

氏名

電話番号

※この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは居宅介護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熊本市へ提出してください。

※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、変更年月日を記入の上必ず熊本市に届け出してください。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。

【提出者：本人確認書類】

1点  個人番号カード  運転免許証  CM資格証  障害手帳  その他

2点  被保者証  負担割合証  健康保険証  通帳  包括委託証明  その他

サービス種別	区受付印	区受付者	入力日	入力者	確認者
<input type="checkbox"/> 介護 73					
<input type="checkbox"/> 支援 75					