

記入例

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

（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（変更）届出書

被保険者氏名	被保険者番号	0	0	0	0	0	9	9	9	9	9
(フリガナ) マツバラ タロウ	生年月日	明・大・昭	〇〇年	〇〇月	〇〇日	性別					
松原 太郎	個人番号										
	個人番号未記載理由	<input checked="" type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 記入したくない	<input type="checkbox"/> その他（ ）							

個人番号の記入は必須ではありません。個人番号未記載の理由にチェックをお願いいたします。

居宅サービス計画作成を依頼（変更）する事業所	事業所名	所在地	電話番号			
	ケアプランセンターマッキー	〒580-0000 松原市〇〇町〇丁目〇番〇号	-000-0000			
事業所を変更する場合の事由等	事業所番号	2	7	7	4	8

(例) ①転入のため ②要支援から要介護の認定を受けたため ③おおよそ〇月〇日に退院後、サービスを利用するため ④一連の行為は行っていたが、介護認定の結果見込み違いだったため など

計画作成開始（変更）日 〇〇年 〇〇月 〇〇日

松原市長様

上記の事業所に居宅サービス計画作成を、依頼することを届なお、本届出について上記の事業所が提出することを委任します

〇〇年 〇〇月 〇〇日

(被保険者)

住所 松原市〇〇町〇〇-

氏名 松原 太郎

電話番号 072-000-0000

代筆者氏名 松原 花子 続柄 子

※ 本人が自署できない場合は、家族等が記載し、代筆者氏名及び続柄を記入してください。

※ 介護保険証を被保険者に送付する場合は、□にチェックをお願いいたします。

計画作成開始（変更）日を、必ずご記入ください。原則届出日（署名された日）以降になります。

下記の署名をされた日付をご記入ください。

委任状も兼ねているため、押印は必ず必要です。

松原 (※押印必須)

小規模多機能型居宅介護を利用される場合は、サービス区分をご記入ください。  要支援  要介護

(看護) 小規模多機能型居宅介護の利用開始月における(介護予防)居宅サ-

※(介護予防)小規模多機能型居宅介護の利用前の(介護予防)居宅サ及び(介護予防)特定施設入居者生活介護を除く。》及び地域密着型(介護予防)認知症対応型通所介護及び(介護予防)認知症対応型共同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

例外的に、被保険者に送付することが望ましい場合にチェックを入れてください。 ※松原市外に所在する事業所については、□が入っていないくても、被保険者に送付いたします。

- (注意)
- 申請者の押印は認印で、必ずお願いします。(シャチハタ印は不可です。)
  - この届出書にかかる印字後の介護保険証は、原則として上記の居宅介護支援事業所宛てに送付いたします。(但し、松原市外に所在する事業所については、被保険者に送付いたします。)
  - この届出書は、要介護等認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第、介護保険証を添えて速やかに松原市へ提出してください。(暫定でサービスを利用される場合は、介護保険資格者証を添付してください。)
  - 認定申請中のこの届出にかかる印字後の介護保険証は、上記の選択に関わらずご被保険者に送付いたします。
  - 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、計画作成開始（変更）日をご記入のうえ、必ず松原市に届出をしてください。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。