

## 記載例

様式第17号の3（第19条関係）

居宅・介護予防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事業者用)

|                                                                                                                                 |  |                    |  |                                                                                                                                                                     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|                                                                                                                                 |  |                    |  |                                                                                                                                                                     |          |          |          |          |          |          | 区 分      |          |          |
|                                                                                                                                 |  |                    |  |                                                                                                                                                                     |          |          |          |          |          |          | 新規・変更    |          |          |
| 被 保 険 者 氏 名                                                                                                                     |  |                    |  | 被 保 険 者 番 号                                                                                                                                                         |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| フリガナ <b>タカシマ タロウ</b>                                                                                                            |  |                    |  | <b>0</b>                                                                                                                                                            | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> |
| <b>高 島 太 郎</b>                                                                                                                  |  |                    |  | 個 人 番 号                                                                                                                                                             |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 生年月日                                                                                                                            |  | <b>S20年 8月 15日</b> |  |                                                                                                                                                                     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 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事業者                                                                                         |  |                    |  |                                                                                                                                                                     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 事業者の事業所名                                                                                                                        |  |                    |  | 事業所の所在地                                                                                                                                                             |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| <b>〇〇居宅介護支援事業所</b>                                                                                                              |  |                    |  | <b>〒520-xxxx</b><br><b>高島市〇〇〇〇〇〇番地〇〇</b><br>電話番号 <b>0740-xx-xxxx</b>                                                                                                |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 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。（変更年月日 年 月 日）                                                                                                 |  |                    |  |                                                                                                                                                                     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| <div>（介護予防）小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅・介護予防サービス等の利用の有無</div>                                                                        |  |                    |  | <div>※（介護予防）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（（介護予防）居宅療養管理指導および（介護予防）特定施設入居者生活介護を除く。）および地域密着型サービス（（介護予防）認知症対応型通所介護および（介護予防）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。</div> |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| <div><input type="checkbox"/>居宅・介護予防サービス等の利用あり（利用したサービス：）</div> <div><input checked="" type="checkbox"/>居宅・介護予防サービス等の利用なし</div> |  |                    |  |                                                                                                                                                                     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 高島市長                                                                                                                            |  |                    |  |                                                                                                                                                                     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 上記の（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所に居宅サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。                                                                               |  |                    |  |                                                                                                                                                                     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| <b>令和〇〇年 〇〇月 〇〇日</b>                                                                                                            |  |                    |  |                                                                                                                                                                     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| <b>〒520-xxxx</b>                                                                                                                |  |                    |  |                                                                                                                                                                     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 被保険者 住 所 <b>高島市〇〇〇〇〇〇番地</b>                                                                                                     |  |                    |  |                                                                                                                                                                     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 氏 名 <b>高 島 太 郎</b> 電話番号 <b>0740-xx-xxxx</b>                                                                                     |  |                    |  |                                                                                                                                                                     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |

(注意) 1 この届出書は、要介護(要支援)認定の申請時または居宅・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高島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、必ず高島市へ届け出てください。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。

|            |                                                                                                                           |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 保険者<br>確認欄 | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複                                                            |
|            | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護支援事業者事業所番号<br><div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> |