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		
		個人番号
生年月日	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
	〒 電話番号

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）

（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	※（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。

□居宅・介護予防サービス等の利用あり（利用したサービス：　　）

□居宅・介護予防サービス等の利用なし

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。

年　　月　　日

〒

被保険者　住　所

氏　名　　電話番号

（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支援事業者事業所番号