様式第18号の4

**介護保険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)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | | | 資格 | | | | | | | | | 認定 | | | | | | | |
| 新規・変更 | | | 1号・2号 | | | | | | | | | 申請中・認定済 | | | | | | | |
| 被　保　険　者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する介護予防小規模多機能型居宅介護事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所名 | | | | | |  | | | | | | | | | 介護予防小規模多機能型居宅介護事業者の所在地 | | | | | | | | | | | | 〒　　　― | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　　(　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  | |  |  | |  |  |  | |  | |  |  | 担当介護支援専門員氏名 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を変更する場合の理由等 | | | | | | | | | ※事業所を変更する場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　変更年月日(　　 　　　年　　　　月　　　　日)  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　変更前の事業所名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防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 | | | | | | | | | | ※介護予防小規模多機能型居宅介護の利用前の介護予防サービス(介護予防居宅療養管理指導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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　介護予防サービス等の利用なし  □　介護予防サービス等の利用あり | | | | | | | | | |
| (利用したサービス：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 米沢市長　あて  　上記の介護予防小規模多機能型居宅介護事業者に介護予防サービス計画の作成を依頼することを届出します。  　　　　　　年　　　月　　　日  　被保険者　住所  電話番号　　　　 (　　　　)  　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防小規模多機能型居宅介護事業者が介護予防小規模多機能型居宅介護の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、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介護予防小規模多機能型居宅介護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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注意事項）

１　この届出書は、介護予防サービス計画の作成を依頼する事業者が決まり次第、速やかに米沢市へ提出してください。

２　この届出書の提出がない場合、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。

３　介護予防サービス計画の作成を依頼する介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を変更する時は、変更年月日を記入の

上、提出してください。

４　届出の際は、介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を添えて提出してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険者確認欄 | □ 被保険者資格　　 □ 届出の重複  □ 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所番号  □ 被保険者証の提出・記載　　□ 資格者証の提出・記載 | 被保険者証 |
| 交付・郵送 |