

居宅サービス（介護予防サービス）計画作成依頼（変更）届出書  
（小規模多機能型居宅介護用）

区 分
新規・変更

被保険者氏名		被保険者番号									
ツガナ											
		生年月日									
		明・大・昭 年 月 日									
居宅サービス計画作成を依頼（変更）する事業者											
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事由等				※事業所を変更する場合のみ記入してください。							
				変更年月日 ( 年 月 日付)							
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				※小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス（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							
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり（利用したサービス： ） <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし											
八王子市長 殿 ①私は、上記の居宅サービス計画作成を依頼することを届出します。 ②私は、当該届出提出時に、新たな被保険者証が発行される場合、下記担当ケアマネジャーが代理に被保険者証を受領することを同意します。 <input type="checkbox"/> 被保険者証の代理受領に同意しない（同意しない場合はチェック）  年 月 日 住 所 _____ 被保険者 氏 名 _____ 電話番号 ( ) _____											
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号									

(注意) 1 この届出をする前には、必ず事業者に居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼してください。  
2 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、必ず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。

※事業所記載欄（必須）

サービス利用開始年月日	担当者氏名
年 月 日	

※事務処理欄（市記載欄）

被保険者証の添付 有・無	<input type="checkbox"/> 被保険者証の後日発行
<input type="checkbox"/> 被保険者証の発行	<input type="checkbox"/> 入力
<input type="checkbox"/> 被保険者証受領者本人確認	<input type="checkbox"/> 郵送

確認 ①		確認 ②	
---------	--	---------	--