

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サービス】

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			
明・大・昭				年 月 日			
介護予防サービス計画作成を依頼（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 居宅介護事業所の所在地		〒 ー			
				電話番号（ ） ー			
事業所番号		サービス開始（変更）年月日					
		年 月 日					
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下さい。					
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（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あり （利用したサービス：_____）							
☐ 介護予防サービス等の利用なし							
（宛先）柳井市長 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作成を依頼す ることを届出します。 令和 年 月 日 住 所 被保険者 氏 名 電話番号（ ） ー							
※ 保 険 者 確 認 欄 （記入しないで下さい）		☐ 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者事業所番号					

介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する事業者が介護予防支援の提供にあたり、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事業者に必要な範囲で提示することに同意します。	
令和 年 月 日 氏名	

（注意） 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに柳井市へ提出してください。

2 介護予防サービス計画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うえ、必ず柳井市に届け出てください。届け出のない場合は、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。

代理権授与通知書

(宛先) 柳井市長

令和 年 月 日

・ 委任者 (被保険者本人)

氏 名

・ 委任事項

「介護予防サービス計画作成依頼 (変更) 届出書」の提出

私は、次の者を代理人として、上記のことについて委任したので通知します。

・ 代理人 (届出書を市役所に提出する人)

住 所	
氏 名	
生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日

※代理人に介護予防サービス計画作成依頼 (変更) 届出書の提出を依頼される場合は、上記「代理権授与通知書」の記入が必要です。

※代理人の方は、運転免許証・個人番号カード・旅券・介護支援専門員証等 (官公署が発行した顔写真があり氏名、生年月日又は住所が記載されたもの) を 1 点ご持参ください。また、郵送される場合は、そのコピーを添付してください。