

介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

区 分
新規 ・ 変更

被 保 険 者 氏 名	被 保 険 者 番 号
フリガナ	
	生 年 月 日
	性 別
	明・大・昭 年 月 日
	男 ・ 女

介護予防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)

小規模多機能型介護予防の利用 開始月における居宅サービス等 の利用の有無	※小規模多機能型介護予防の利用前の予防サービス(介護予防療 養管理指導及び介護予防特定施設入所者生活介護を除く。)及 び地域密着型予防サービス(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。
<input type="checkbox"/> 予防サービス等の利用あり (利用したサービス: _____)	
<input type="checkbox"/> 予防サービス等の利用なし	

鹿屋市長 様

上記の介護予防小規模多機能型予防介護事業者に居宅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

住所

電話番号

被保険者

氏名

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、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鹿屋市へ提出してください。
- 2 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うえ、必ず鹿屋市に届け出してください。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。

受 付	入 力