

第11号様式の3 (第22条関係)

- 小規模多機能型居宅介護  
 介護予防小規模多機能型居宅介護 居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書  
 複合型サービス

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
	年 月 日

居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者	
事業所名	事業所の所在地 〒
	電話番号
事業所番号	サービス開始(変更)年月日
	年 月 日

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。

(介護予防)小規模多機能型居宅介護・複合型サービス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	※小規模多機能型居宅介護・複合型サービス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(小規模多機能型居宅介護(短期利用型)、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護(短期利用型)、地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用型)及び看護小規模多機能型居宅介護(短期利用型)に限る。)の利用の有無を記入してください。(介護予防サービスの場合も同様に記入してください。)
--	---

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

越谷市長 宛

上記の(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者・複合型サービス事業者に居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。  
 また、居宅(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・複合型サービス事業者が、(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者・複合型サービス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・複合型サービス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

住所

被保険者

氏名

電話番号

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複
--------	--

- (注意) 1 この届出書は、要介護(要支援)認定の申請時又は居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼する事業所等が決まり次第速やかに越谷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うえ、必ず越谷市に届け出てください。届出のない場合は、サービスに係る費用を一時、全額自己負担していただくことがあります。

第11号様式の3 (第22条関係)

- 小規模多機能型居宅介護  
 介護予防小規模多機能型居宅介護 居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書  
 複合型サービス

被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ コシガヤ ○○		● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	
越谷 ○○		個人番号	
		個人番号(マイナンバー)は記入不要です。	
		生年月日	
		昭和 ●●年 ●●月 ●●日	

居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者	
事業所名	事業所の所在地 〒○○○-○○○
小規模多機能型居宅介護事業所○○	越谷市○○町○-○-○
	電話番号○○○(○○○)○○○○
事業所番号	サービス開始(変更)年月日
● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	令和 ●●年 ●●月 ●●日

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。

新規の届出のときは、記入不要です。

(介護予防)小規模多機能型居宅介護・複合型サービス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	※小規模多機能型居宅介護・複合型サービス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(小規模多機能型居宅介護(短期利用型)、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護(短期利用型)、地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用型)及び看護小規模多機能型居宅介護(短期利用型)に限る。)の利用の有無を記入してください。(介護予防サービスの場合も同様に記入してください。)
--	---

居宅(介護予防)サービス等の利用あり  
(利用したサービス: 訪問介護 居宅サービス等の利用の有無を記入してください。)

居宅(介護予防)サービス等の利用なし

越谷市長 宛

上記の(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者・複合型サービス事業者に居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。

また、居宅(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・複合型サービス事業者が、(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者・複合型サービス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・複合型サービス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

住所 越谷市○○町○-○-○ 電話番号 ○○○(○○○)○○○○

被保険者 氏名 越谷 ○○

保険者確認欄  被保険者資格  届出の重複

(注意)1 この届出書は、要介護(要支援)認定の申請時又は居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼する事業所等が決まり次第速やかに越谷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うえ、必ず越谷市に届け出てください。届出のない場合は、サービスに係る費用を一時、全額自己負担していただくことがあります。