様式第１３号の２（第１２条関係）

市町受付印　　組合受付印

（介護予防）小規模多機能型居宅介護　居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

区　分
新規・変更

ﾌﾘｶﾞﾅ		被保険者番号	
被保険者氏名		生年月日	性別
		年　月　日	男・女

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

事業者の事業所名		事業者の所在地	
		事業所番号	

適　用　開　始（変　更）日	年　月　日
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。

（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。）の利用の有無を記入してください。

□　居宅サービス等の利用あり
　（利用したサービス：　　）
□　居宅サービス等の利用なし

大里広域市町村圏組合管理者　宛

上記の（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業者に居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼することを届出します。

年　　月　　日

住所

申請者　　電話番号　　（　　）

氏名

受付者確認欄	□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が決まり次第、速やかに大里広域市町村圏組合介護保険課又は各市町介護保険事務所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上、必ず大里広域市町村圏組合介護保険課又は各市町介護保険事務所に届け出てください。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。

市町・組合記入欄

受付者印	届出書内容確認	電算入力済	組合	申請内容確認	備考