

小規模多機能型(居宅介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書の記入方法

書き方見本

小規模多機能型(居宅介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書		1	区分 新規・変更
被保険者氏名 フリガナ	2		
被保険者番号	3		
生年月日 明・大・昭 年 月 日	4		性別 男・女 5
サービス計画作成を依頼(変更)する事業者			
事業所の名称	6		
事業所の所在地	7		
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ください。		
変更年月日(令和 年 月 日付)	8		
小規模多機能型居宅介護(介護予防)の利用開始月におけるサービス等の利用の有無			
9			
<input type="checkbox"/> サービス等の利用あり (利用したサービス: <input type="checkbox"/> サービス等の利用なし			
(あて先) 東大阪市長 上記の小規模多機能型居宅介護事業者(小規模多機能型介護予防事業者)にサービス計画作成を依頼することを届け出します。 令和 年 月 日 被保険者 住所 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____			
事業所番号	11		
個人番号	12		

(注意) 1 この届出書は、サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第、サービスを利用する前に、東大阪市へ提出してください。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。

2 サービス計画作成を依頼する事業所を変更するときは、変更理由等・変更年月日を記入のうえ、必ず東大阪市に提出してください。

- ① 初めての届出の場合は「新規」を、作成を依頼する事業所を変更する場合は「変更」を○で囲んでください。また、サービスの種類が「居宅」か「介護予防」かを○で囲んでください。Excel様式で入力される方はプルダウンから選択してください。
 - ② 氏名を記入し、フリガナも記入してください。
 - ③ 被保険者番号を記入してください。
※被保険者番号は「介護保険 被保険者証」に記載しています。
 - ④ 明治・大正・昭和のいずれかを○で囲み、生年月日を記入してください。
 - ⑤ 性別を○で囲んでください。
- Excel様式で入力される方はプルダウンから選択してください。
- ⑥ 事業所名を正確に記入してください。
 - ⑦ 事業所の所在地・郵便番号・電話番号を正確に記入してください。
- ⑧ 事業所を変更するときのみ記入してください。
※変更年月日も必ず記入してください。
※変更するときは、必ず事前に、前の事業所に変更する旨を連絡してください。
- ⑨ 小規模多機能型居宅介護(介護予防)の利用前の居宅系サービス利用の有無をチェックしてください。
- ⑩ 被保険者の氏名・住所・電話番号を記入してください。
 - ⑪ 事業所が代行で届出をされる場合は、事業所番号を記入してください。
 - ⑫ 被保険者本人が届出書の作成をする場合は、個人番号を記入してください。
※事業所等の被保険者本人以外の方が届け出る場合は、記入しないでください。

記入される前に・・・
 在宅でのサービス利用を希望される方は、まず、事業所に相談及び利用の申込みをしてください。
 サービスを受ける前には、必ずこの届出書に介護保険被保険者証を添えて、速やかに介護認定課または福祉事務所福祉係へ提出してください。
 (事業所が代行して届出をすることもできます。)
なお、在宅サービスを利用する予定のない方は、この届出書を提出する必要はありません。

下記欄は記入しないでください。

事業所確認	データ入力	資格者証	被保険者証	受付者

受付印

■ お問い合わせ先 ■
 東大阪市役所 介護認定課
 〒577-8521 東大阪市荒本北1丁目1番1号
 電話 06-4309-3190
 FAX 06-4309-3814