

様式第22号（第12条の3関係）

（介護予防）小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護に係る
居宅（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 シモノセキ タロウ		被保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 個人番号 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 1 2 生年月日 昭和〇年〇〇月〇〇日 性別 男	
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、番号 小規模多機能 □□□□		事業所の所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇 下関市△△町△丁目△番△号 電話番号 〇〇〇（△△△）□□□□	
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。	
小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護等の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無 □居宅サービス等の利用あり ・ 居宅サービス（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（短期利用型以外）を除く。 ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護 ・（介護予防）認知症対応型通所介護 ・（介護予防）認知症対応型共同生活介護（短期利用型） ・（介護予防）地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用型） ・ 地域密着型特定施設入所者生活介護（短期利用型） （利用したサービス：) <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし			
（宛先）下関市長 上記の { <input checked="" type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者 } に { <input type="checkbox"/> 居宅 } サービス計画を { <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護事業者 } に { <input checked="" type="checkbox"/> 介護予防 } サービス計画を 令和〇年△月□□日から作成依頼することを届け出します。 令和〇年△月□□日 被保険者 住所 下関市△△町△丁目△番△号 氏名 下関 太郎 電話番号 ×××-〇〇〇〇			
提出代理（代行）者		氏名（事業所名） 下関 花子（小規模多機能□□□□） 連絡先 △△△-□□□□	

居宅サービス等の利用の有無について、該当するものにチェックを記入してください。

サービス計画作成依頼年月日を記入してください

該当部分にチェックを記入してください。

（注意） 1 この届出書は、要介護認定等の申請時に、若しくは、（介護予防）小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護に係る居宅（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、速やかに下関市へ提出してください。
2 （介護予防）小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護に係る居宅（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時は、変更事由及び計画作成開始（変更）年月日を記入のうえ、必ず下関市に届け出してください。届け出のない場合、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。

（市記入欄）

資格等	□被保険者資格 □届出の重複 □事業者番号	
提出	□本人 □代理 □使者 □郵送	
代理権の確認	□介護保険被保険者証 □委任状 □その他 ()	
	個人番号カード提示	有 ・ 無
個人番号確認	通知カード・住民票提示	有 ・ 無
	システム確認	有 ・ 無
	身元確認	※写真付は1点・写真なしは2点 □運転免許証 □旅券 □個人番号カード □身体障害者手帳 □介護保険被保険者証 □介護保険負担割合証 □介護保険負担限度額認定証 □健康保険・後期高齢者医療被保険者証 □介護支援専門員証 □その他 ()