* 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所へ登録した後に，被保険者証を添付の上，この届出をしてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書**  **【小規模多機能型用】** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | 性 別 | | | | | |
| 明･大･昭　　 年 　 　月　 　 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援事業所名 | | | | |  | | | | | | | | 介護予防支援事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | 電話番号　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| 介護予防支援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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日  （ 令和 　　 　年　 　　月 　　　日付け） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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介護予防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介護予防サービス(居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。)及び介護予防地域密着型サービス(夜間対応型訪問介護，認知証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。)の利用の有無をご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 介護予防サービス等の利用あり  （利用したサービス:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ 介護予防サービス等の利用なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 高知市長　　様  上記の介護予防小規模多機能型居宅介護事業者に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。  令和　　　　年　　　　月　　　　日  　　　　　　住所  被保険者  　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス利用開始日 | | | | | 令和 　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証の添付 | | | | | 有　・　無　（事由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　（注意） １　この届出書は，要支援認定の申請時又は介護予防サービス計画の作成を依頼する居宅介護支事業所が

決まり次第速やかに高知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上，必ず高

知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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険者確認欄  （高知市記入欄） | 被保険者証  郵送・窓口交付 | □新規申請中　□変更申請中　□二次判定（　　　　 　）  □更新申請中　□介護申請中　□複写交付済  備考欄 | |
| 高知市役所　介護保険課　給付係  （電話）０８８－８２３－９９５９ | | | 入　力 |