

様式第 7 1 号 (第29条の4関係)

居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書 [居宅介護支援・介護予防支援・小規模多機能型・介護予防小規模多機能型]														
									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						
					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)する事業所														
事業者の事業所名				事業所の所在地						〒				
電話番号 ( )														
介護予防支援業務を受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援業務を受託する場合のみ記入してください														
居宅介護支援事業所				居宅介護支援事業所の所在地						〒				
電話番号 ( )														
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下さい											
変更年月日( 年 月 日付)														
小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅介護サービス等の利用の有無														
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり(利用したサービス： ) <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし ※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(短期入居型)に限る。)の利用の有無を記入してください。														
結城市長 様 上記の居宅介護支援事業者(介護予防支援事業者)、小規模多機能型居宅介護事業者(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 被保険者 電話番号 ( ) 氏名														
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格		<input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護(予防)支援事業所・(介護予防)小規模多機能型居宅介護支援事業所番号										
(注意) 1 この届出書は、介護認定の申請時に、若しくは、居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼する事業者が決まり次第速やかに結城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上、必ず結城市に届け出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、自己負担していただくことがあります。														