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＞

被保険者氏名	被保険者番号
フリガナ　アキタ　タロウ	1 0 0 0 X X X X X X
秋　田　太　郎	個人番号
	生年月日
	大正　○年　○月　○日

居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する小規模多機能型居宅介護事業者

小規模多機能型居宅介護事業所名	事業所の所在地
小規模多機能型 居宅介護事業所○○	〒 010 - 0000 秋田市○○四丁目X - X
事業所番号　0 5 9 0 X X X X X X	電話番号　018 (XXX) XXXX

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。

本人希望による。

契約を締結した日以降の日（サービスを実際に利用開始した日）としてください。

適用開始日（小規模多機能型
※事業所を変更する場合は、　　令和○年　○月　○日

小規模多機能型居宅介護の適用開始月における居宅サービスおよび下記地域密着型サービスの利用の有無　☐ 利用なし

☑ 居宅サービス（居宅療養管理指導および特定施設入居者生活介護以外）利用あり

（利用したサービス：訪問介護、福祉用具貸与）

☐ 以下の地域密着型サービスの利用あり

・地域密着型通所介護
・認知症対応型共同生活介護（短期利
・夜間対応型訪問介護

居宅サービスの利用がある場合は、☑した上でサービス名を記載して下さい。

（宛先）秋田市長

上記の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。

（届出年月日）令和○年　○月　○日

市に提出する日としてください。

住所　秋田市○○二丁目X - X

被保険者　電話番号　018 (XXX) XXXX

氏名　秋　田　太　郎

☑ 介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する小規模多機能型居宅介護支援事業者がサービスの提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見および主治医意見書を当該事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

保険者確認欄	☐ 入力済　☐ 届出の重複　☐ その他（　　）

（注意）1　この届出書は、要介護認定の申請時に、もしくは、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秋田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うえ、必ず秋田市に届出してください。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。