

<input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画	<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント依頼	区分 新規・変更
--	-------------------------------------	---	-------------

被保険者氏名	被保険者番号
フリガナ ミキ タロウ	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
三木 太郎	個人番号
	生年月日
	昭和20年 8月 20日

居宅サービス等計画の作成を依頼(変更)する支援事業者	
事業所名 三木プランセンター	所在地 〒673-0000 三木市上の丸町10-30 電話番号 0794-82-2000
事業所番号 2 8 7 0 0 0 0 0 0 0	
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 ( 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サービス等の利用の有無	※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（短期利用型）に限る。）の利用の有無を記入してください。
<input type="checkbox"/> 同一月の居宅サービス等の利用あり（利用したサービス： )	
<input type="checkbox"/> 同一月の居宅サービス等の利用なし	

小規模多機能型居宅介護を利用する場合のみ記入してください。

三木市長 様

上記の支援事業者に居宅サービス等計画の作成を依頼することを届出書を提出し、サービス提供を適切に行うため、居宅サービス等計画の内容を主治医、サービス提供事業者等に対して、情報提供することに同意します。

令和4年 5月 31日

新規の場合は、こちらの日付が、「届出年月日」となります。

被保険者（本人） 住 所 〒673-0000

三木市上の丸町〇〇-〇〇

被保険者氏名 三木 太郎

電話番号 0794-82-0000

- (注意) 1 この届出書は、認定申請時、若しくは、居宅サービス等計画の作成を依頼する支援事業所が決まり次第速やかに三木市へ提出してください。
- 2 支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず三木市へ届け出てください。届出のない場合は、介護保険居宅サービス等に係る費用の全額を立て替えていただくことがあります。

<input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画	<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント依頼	区分 新規・ <b>変更</b>
--	-------------------------------------	---	---------------------

被保険者氏名 フリガナ <b>ミキ タロウ</b>	被保険者番号 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
<b>三木 太郎</b>	個人番号
	生年月日
	<b>昭和 20 年 8 月 20 日</b>

居宅サービス等計画の作成を依頼(変更)する支援事業者	
事業所名 <b>三木プランセンター</b>	所在地 〒673-0000 <b>三木市上の丸町10-30</b> 電話番号 <b>0794-82-2000</b>
事業所番号 2 8 7 0 0 0 0 0 0 0	
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。)	
<b>本人・家族希望のため</b>	変更年月日 <b>(令和 4 年 6 月 1 日付)</b>
変更の場合は、こちらの日付が、「届出年月日」となります。	

小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無	※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（短期利用型）に限る。）の利用の有無を記入してください。
<input type="checkbox"/> 同一月の居宅サービス等の利用あり（利用したサービス： )	
<input type="checkbox"/> 同一月の居宅サービス等の利用なし	

小規模多機能型居宅介護を利用する場合のみ記入してください。

三木市長 様

上記の支援事業者に居宅サービス等計画の作成を依頼することを届出ます。また、居宅サービス等の提供を適切に行うため、居宅サービス等計画の内容を主治医、サービス提供事業者等に対して、情報提供することに同意します。

令和 4 年 5 月 31 日

新規の場合は、こちらの日付が、「届出年月日」となります。

被保険者（本人） 住 所 〒673-0000

**三木市上の丸町〇〇-〇〇**

被保険者氏名 **三木 太郎**

電 話 番 号 **0794-82-0000**

- (注意) 1 この届出書は、認定申請時、若しくは、居宅サービス等計画の作成を依頼する支援事業所が決まり次第速やかに三木市へ提出してください。
- 2 支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず三木市へ届け出てください。届出のない場合は、介護保険居宅サービス等に係る費用の全額を立て替えていただくことがあります。