

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】

[品川区福祉部高齢者福祉課提出用]

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					
				年		月		日		男		女	
住 所													

介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する事業所 ※事業者の方がご記入下さい。

事業者の事業所名				事業者の所在地				〒		-	
				住所							
事業者番号				電話番号				()	

[サービス開始（変更）年月日] 年 月 日付

事業者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。							

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（介護予防療養管理指導及び介護予防特定施設入居者生活介護を除く。）及び地域密着型介護予防サービス（介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防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"/> 介護予防サービス等の利用あり （利用したサービス： <input type="checkbox"/> 介護予防サービス等の利用なし											

品 川 区 長 あて
 上記の介護予防支援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します。
 年 月 日
 (届 出 人)
 [被保険者氏名] _____
 [電話番号] _____ () _____
 (窓口に来た方もしくは担当者名) ※被保険者本人の場合は、記入不要です。
 [氏 名] _____ [被保険者との関係] () _____
 [住 所] 〒 _____
 [電話番号] _____ () _____

保険者 使用欄	収 受	決 裁	課長	係長	担当者	担 当 確 認	入 力	資 格	
								事業者	届出重複
								区指定	
								その他	

- (注意) 1 この届出書は、介護認定申請時に、若しくは、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品川区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又は介護予防支援を委託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず品川区へ提出してください。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。

(問い合わせ先) 品川区高齢者福祉課 介護給付係 電話 03-5742-6927