様式第２０号の３（第１７条の２関係）

滝沢市〔小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護〕居宅(介護予防)サービス計画作成依頼等(変更)届出書

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
	年　月　日

居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼等（変更）する（看護）（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業者	
（看護）（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所名	（看護）（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所の所在地　〒
	電話番号

事業所番号	サービス開始（変更）年月日
	年　月　日

（看護）（介護予防）小規模多機能型居宅介護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。

（看護）（介護予防）小規模多機能型居宅介護等の利用開始月における居宅（介護予防）サービス等の利用の有無

※（看護）（介護予防）小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅（介護予防）サービス（（介護予防）居宅療養管理指導及び（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（夜間対応型訪問介護、（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。

□居宅サービス等の利用あり（利用したサービス：　　）
□居宅サービス等の利用なし

滝沢市長　様

上記の（看護）（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所に居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼等することを届け出ます。

年　月　日

〒

住所

被保険者　　電話番号

氏名

（注意）１　この届出書は、要介護認定の申請時に、又は居宅（介護予防）サービス計画作成を依頼等する事業所が決まり次第、被保険者証を添えて、速やかに滝沢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等する（看護）（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所を変更する時は、変更年月日を記入の上、必ず滝沢市に届け出てください。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。

保険者確認欄	□　被保険者資格　　□　届出の重複 □　（看護）（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所番号