記入例

様式第２３７号の３（第４１９条関係）

介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書（介護予防小規模多機能型居宅介護）

区分に〇を付けてください

区分
新規　・　変更

被保険者氏名	被保険者番号
フリガナ　ヨシカワ　タロウ	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
吉川 太郎	個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	生年月日 〇〇年〇〇月〇〇日

介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防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所名	介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の所在地
〇〇〇〇小規模多機能	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市□□〇丁目〇〇番地〇〇 電話番号　〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇

事業所番号	サービス開始（変更）年月日
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇年〇〇月〇〇日

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。

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（介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防[illegible]型）に限る。）の利用の有無を記入

同月の居宅のサービスの利用の有無に必ず✓を付けてください。
利用ありの場合はサービスの詳細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

吉川市長　様

上記の介護予防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出します。

〇〇年〇〇月〇〇日

〒〇〇〇-〇〇〇〇

住所　〇〇県〇〇市□□〇丁目〇〇番地〇〇

被保険者

電話番号〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇

氏名　吉川 太郎

介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防小規模多機能型居宅介護事業者が介護予防小規模多機能型居宅介護の提供にあたり、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・要支援認定による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防小規模多機能型居宅[illegible]することに同意します。

本人が署名してください。
家族が代筆の場合は代筆者の氏名と続柄も記入してください。

〇〇年〇〇月〇〇日　　氏名　吉川 太郎　吉川　一朗（長男代筆）

要支援認定の申請時に、又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吉川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介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず吉川市へ届け出てください。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 □　介護予防小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号