

**記入例**

介護支援事業所の変更等の場合は、「変更」に丸をつけてください

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書【小規模多機能型・複合型サービス用】

		区分 新規・変更	
被保険者氏名 フリガナ <b>スミダ タロウ</b>		被保険者番号 <b>0 0 0 1 2 3 4 5 6 7</b>	
<b>墨田 太郎</b>		個人番号 <b>記入不要です</b>	
		生年月日 明・大・昭 年 月 日	
		居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者	
事業者の事業所名 <b>事業所</b>	事業所の所在地 〒 <b>000 000</b> <b>墨田区 1-2-3</b> 電話番号 <b>03(0000)0000</b>		
事業所を変更する場合の事由等 <b>(必要に応じて簡潔にご記入ください)</b>	※事業所を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又は複合型サービスの利用開始月における居宅サービスの有無	<p>小規模多機能型居宅介護または複合型サービスの利用開始と同月に他の居宅介護サービスを利用していた場合は、「居宅サービス等の利用あり」にチェックし、サービス内容を記入してください。ない場合は、「居宅サービス等の利用なし」にチェックしてください。</p>		
<input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり (利用したサービス: <b>(例) 福祉用具貸与、通所介護</b> ) <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし			
墨田区長 あて 上記の小規模多機能型居宅介護事業型サービス事業依頼することを届出します。 <b>令和〇年 〇月 〇日</b> <b>記入日</b> 住所 <b>墨田区〇〇1-2-3</b> 被保険者氏名 <b>墨田 太郎</b> <b>03(0000)〇〇〇〇</b>	<p><b>サービス開始年月日</b>  <b>給付請求事務上、重要な日付です。</b>  <b>確認のうえ必ずご記入ください。</b></p>		
小規模多機能型居宅介護事業所又は複合型サービス事業所記入欄	サービス計画開始(変更)年月日 <b>令和〇年 〇月 〇日</b> から	(事業者名) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所番号 <input type="checkbox"/> 複合型サービス事業所番号 <b>事業所</b> <b>1 3 9 0 1 2 3 4 5 6</b>	
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複		

(注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第

2 届出書が届け出られます。

**青字部分をご記入ください。**

(お問合せ先及び提出先) 墨田区介護保険課給付・事業者担当 電話番号 03(5608)6149(直通)