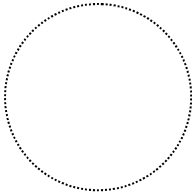


# 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書（小規模多機能型）



		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	
明・大・昭 年 月 日		男・女	
居宅サービス計画作成を依頼（変更）する事業者			
事業者の事業所名		事業所の所在地	
		〒	
		電話番号	
事業所を変更する場合の理由等		※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 （令和 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"/> 居宅サービス等の利用あり（利用したサービス： _____） <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし			
下松市長 様 上記の小規模多機能型居宅介護事業者に居宅サービス計画作成を依頼することを届け出します。  令和 年 月 日  住 所 被保険者 氏 名 電話番号			
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号	

（注意） 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに下松市へ提出してください。  
 2 居宅サービス計画作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず下松市へ届け出てください。届け出のない場合、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。

委任状は委任者（代筆者）がすべて自書してください。

## 委 任 状

下松市長 宛

代理人住所	
代理人氏名	
代理人生年月日	明・大・昭・平 年 月 日

上記の者を代理人とし、

- 介護保険被保険者証等（再）交付申請
- 介護保険要介護（要支援）認定申請（新規・更新・変更）
- 居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）申請
- 介護保険負担限度額認定申請
- 介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請
- 介護保険料・介護給付費の還付金受領
- その他（\_\_\_\_\_）

の権限について委任します。

令和 年 月 日

委任者住所	
委任者氏名	
委任者生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
委任者電話番号	( ) -

※ 委任者が自書できない場合は以下もご記入ください。代筆者以外の方は記入しないでください。

※ 代理人と代筆者の方は、必ず別の方でお願いします。

上記委任者本人は書写不能のため、委任者の意思を確認のうえ代筆者が委任状を代筆しました。

代筆者住所	
代筆者氏名	
代筆者生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
本人との続柄	