

介護予防サービス計画作成（変更）届出書

区 分
新規・変更

被保険者氏名	フリガナ キタカミ タロウ	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
北上 太郎	個人番号											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	生年月日 明・大・昭 20年 1月 1日											

適用（変更）年月日 令和 ●年 1月 1日

介護予防サービス計画書の作成を依頼（変更）する事業者

事業者の事業所名	所在地	〒024-0123
小規模多機能ホーム北上太郎	北上市1-1	電話番号 0197（12）3456

事業所を変更する場合の事由等

※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）

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居宅サービス等の利用の有無

居宅サービス等の利用あり（利用したサービス： 短期入所）

居宅サービス等の利用なし

※介護予防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。

北上市長 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け出ます。

令和 ●年 1月 1日

住 所 北上市芳町1-1

被保険者 氏名 北上 太郎

電話番号 0197（78）9012

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・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介護事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

令和 ●年 1月 1日 氏名 北上 太郎

- （注意）
- この届出書は、介護予防サービス計画書の作成を依頼する事業所等が決まり次第速やかに北上市へ提出してください。
 - 介護予防サービスの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、必ず北上市に届け出て下さい。
届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
 - 住所特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。