様式第12-1号　　［ 居宅介護支援･(看護)小規模多機能型(要支援･要介護) ］

居宅サービス計画等作成依頼(変更)届出書

区　分
新規 ・ 変更

被保険者氏名		生年月日		被保険者番号
フリガナ		明･大･昭 年　月　日		
			個人番号	

居宅サービス計画等の作成を依頼（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　　－　　－　　）	事業者番号

事業所を変更する場合の事由等	＊ 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）

（介護予防）（看護）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	※（看護）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。（介護予防を含む。）なお，変更年月日が月初の場合は，利用なしを選択してください。

□ 居宅サービス等の利用あり（利用したサービス種類:　　）

□ 居宅サービス等の利用なし

（あて先）宇都宮市長

上記のとおり居宅介護支援事業者等に居宅サービス計画等の作成を依頼(変更)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　　－　　－　　）

（注意）　1　この届出書は，要介護認定の申請時に，若しくは，居宅サービス計画等の作成を依頼する事業所が決まり次第，速やかに宇都宮市へ提出してください。

2　居宅サービス計画等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，必ず宇都宮市に届け出してください。届け出のない場合は，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。

3　届け出の際には，介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を添えて提出してください。

※　保険者処理欄

受付者		被保険者証への記入	済･未	資格者証への記入	済･未	入力		備考	被保険者証 ： 満欄 ・ 回収 資格者証交付 ： 有 ・ 無

（所管:高齢福祉課）

被保険者証･資格者証　記入内容

事業所名 ：

届出日 ： 令和　　年　　月　　日

【記載例】

様式第12-1号

［居宅介護支援・（看護）小規模多機能型（要支援・要

居宅サービス計画等作成依頼（変更）届出書

いずれかに○をつける

小規模多機能型の場合，要支援・要介護にも○をつける

（新規）・ 変更

被保険者氏名		生年月日		被保険者番号
フリガナ	ウツノミヤ タロウ	明・大・（昭）		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
宇都宮　太郎		17 年9月24日		個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

居宅サービス計画等の作成を依頼（変更）する事業者

事業者の事業所名	事業所の所在地
小規模多機能型居宅介護事業者○○○○	〒 ○○○－ ○○○○ 宇都宮市○○町１－１
（電話番号○○○－○○○－○○○○ ）	事業者番号

事業所番号を忘れずに！

事業所を変更する場合の事由等　＊ 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）

重要！
（看護）小規模多機能型居宅介護事業者にて申請する場合には必ず記入。

（介護の利用前の居宅サービス（居宅療養介護の利用の有無を記入してください。（介護予防を含む。）なお，変更年月日が月初の場合は，利用なしを選択してください。

■ 居宅サービス等の利用あり （利用したサービス種類:

□ 居宅サービス等の利用なし

重要！
区分が「変更」の場合には，事由と変更日を必ず記入。

（あて先） 宇都宮市長

上記のとおり居宅介護支援事業者等に居宅サービス計画等の作成を依頼(変更)することを届け出します。

令和　３　年　○月○○日

重要！
窓口に提出する日付を記入。

住　所　　宇都宮市旭１丁目１番５号

氏　名　　宇都宮　太郎　　（電話番号 028 － 632 － 8989 ）

（注意）　１　この届出書は，要介護認定の申請時に，若しくは，居宅サービス計画等の作成を依頼する事業所が決まり次第，速やかに宇都宮市へ提出してください。

２　居宅サービス計画等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，必ず宇都宮市に届け出してください。届け出のない場合は，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。

３　届け出の際には，介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を添えて提出してください。

※　保険者処理欄

受付者		被保険者証への記入	済・未	資格者証への記入	済・未	入力		備考	被保険者証 ： 満欄 ・ 回収 資格者証交付 ： 有 ・ 無

（所管：高齢福祉課）

被保険者証・資格者証　記入内容

事業所名 ：

届出日 ： 令和　　年　　月　　日