

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書

(要支援 ・ 事業対象者)

区分 新規・変更

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

介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センター

(地域包括支援センター名)	(事業所の所在地)
事業所番号	〒
名称:	電話番号

(一部委託先)	(事業所の所在地)
事業所番号	〒
名称:	電話番号

サービス利用開始日	年 月 日
-----------	-------

(事業所を変更する事由) * 事業所(一部委託先を含む)を変更する場合のみ記入してください。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> サービス事業者変更に伴う変更 | <input type="checkbox"/> サービス計画変更に伴う変更 |
| <input type="checkbox"/> 住所地変更に伴う変更 | <input type="checkbox"/> その他() |
- 変更年月日 (年 月 日付)

福岡県介護保険広域連合長 様

上記の事業者に介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届出します。

申請日 年 月 日

住所

申請者 氏名

(本人)

電話番号

届出者 氏名

(本人との関係:)

電話番号

(注意)

- この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに福岡県介護保険広域連合各支部または構成市町村へ提出してください。
- 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず介護保険広域連合各支部または構成市町村に届出してください。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。
- 住所地特例の対象となる施設入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

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"/> 届出(変更)年月日
	<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所(地域包括支援センター)番号