

(☐ 要支援 ☐ 事業対象者)

(注意) 1. 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。

2. 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。

3. 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	☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 届出(変更)年月日									
	☐ 介護予防支援事業者事業所(地域包括支援センター)番号									