

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（変更）届出書

										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						
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター											
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名				介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地				〒			
				電話番号							
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号					サービス開始（変更）年月日						
					年 月 日						
介護予防支援事業所又は地域包括支援センターを変更する場合の理由等											
※変更する場合のみ記入してください。											
介護予防支援又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者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入して下さい。											
居宅介護支援事業所名				居宅介護支援事業所の所在地				〒			
				電話番号							
居宅介護支援事業所番号					サービス開始（変更）年月日						
					年 月 日						
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等											
※変更する場合のみ記入してください。											
福岡県介護保険広域連合長 様											
上の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）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。											
年 月 日											
〒											
住 所											
被保険者 電話番号											
氏 名											
(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又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 （介護予防ケアマネジメントについては地域包括支援センター）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上、必ず 福岡県介護保険広域連合又は構成市町村へ届け出てください。											
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。											
保険者確認欄		☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防支援事業者事業所番号									