

- 居宅サービス計画  
 介護予防サービス計画  
 介護予防ケアマネジメント

作成依頼（変更）届出書

いずれかにチェックをしてください

届出区分

- 新規  変更

被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
		生年月日	
		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	
		個人番号	
サービス計画等の作成を依頼（変更・廃止）する事業所			
事業所名		事業所の所在地	
		〒	
事業所番号			
		電話番号 ( )	
サービス開始（変更）年月日		令和 年 月 日	
事業所種別 ※下記のうち当てはまるものにチェックをしてください。		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。	
<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所 ( <input type="checkbox"/> 指定事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所 ( <input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付) 利用開始月の居宅（介護予防）サービス利用実績 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		事由	
北九州市長 様			
上記の事業所に		<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画 <input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント	
の作成を依頼することを届出します。			
令和 年 月 日			
住所			
被保険者			
氏名		電話番号 ( )	
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 事業所の事業所番号 <input type="checkbox"/> 届出の重複	受付	入力

【注意事項】

- この届出書は、要介護（支援）認定の申請時に、もしくはサービス計画等の作成を依頼する事業所等が決まり次第、速やかに北九州市へ提出してください。
- 事業所等を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず北九州市に届け出てください。届け出のない場合、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。
- 住所地特例の対象施設に入居中の場合で、介護予防サービス計画、介護予防ケアマネジメントの作成を依頼する場合は、その施設の所在地の市町村の窓口へ提出してください。

居 宅 サ ー ビ ス 計 画  
介 護 予 防 サ ー ビ ス 計 画 作 成 依 頼 ( 変 更 ) 届 出 書 の 記 入 方 法  
介 護 予 防 ケ ア マ ネ ジ メ ン ト

「介護保険被保険者証（原本）」又は「介護保険資格者証」を必ず添付してください。  
また、この届出書を提出する前に必ず、事業所にサービス計画を作成するように依頼してください。  
なお、介護保険施設（特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護療養型医療施設など）に入所（院）している方は提出の必要はありません。

- ① 区分（新規・変更）
  - ・初めて届出をする場合は、「新規」に、既に届出している事業所を変更する場合は、「変更」にチェックをしてください。
- ② 被保険者番号
  - ・「介護保険被保険者証」又は「介護保険資格者証」の被保険者番号欄の番号を転記してください。
- ③ サービス計画等の作成を依頼（変更）する事業所
  - ・サービス計画等の作成を依頼する事業所名及び事業所番号とその所在地を記入してください。
  - ・事業所を変更する場合は、変更後の事業所名を記入してください。
- ④ サービス開始（変更）年月日
  - ・サービスを開始（変更）する年月日を記入してください。
- ⑤ 事業所の種別
  - ・当てはまる事業所にチェックをしてください。
  - ・居宅介護支援事業所が介護予防支援の指定を受けて実施する場合は、介護予防支援事業所と指定事業所にチェックをしてください。（介護予防支援のみ）
  - ・小規模多機能型居宅介護事業所の場合は、介護給付か予防給付のいずれか当てはまるものにチェックをしてください。  
さらに、小規模多機能型居宅介護利用開始月における居宅（介護予防）サービス利用実績の有無にチェックをしてください。
- ⑥ 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。
  - ・変更年月日は、変更したサービス計画に基づき、実際にサービスの提供を受ける年月日を記入してください。
- ⑦ 被保険者住所
  - ・住民票の住所を記入してください。
- ⑧ 個人番号
  - ・個人番号が把握できない場合は、空欄でも差し支えありません。

◆問い合わせ先（区役所保健福祉課介護保険担当）

門司区	093-331-1894 (直 通)	八幡東区	093-671-6885 (直 通)
小倉北区	093-582-3433 (直 通)	八幡西区	093-642-1446 (直 通)
小倉南区	093-951-4127 (直 通)	戸畑区	093-871-4527 (直 通)
若松区	093-761-4046 (直 通)		