

(介護給付用)

徳島市小規模多機能型居宅介護・複合型サービス事業所

## 登録終了届出書

(受付印)

※介護保険被保険者証（または資格者証）を必ず添付してください。

|                                                                                                                 |                                                                             |  |  |  |                 |  |  |  |           |  |     |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-----------------|--|--|--|-----------|--|-----|--|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 氏 名                                                                                                     |                                                                             |  |  |  | 被 保 険 者 番 号     |  |  |  |           |  |     |  |  |  |  |  |
| フリガナ                                                                                                            |                                                                             |  |  |  |                 |  |  |  |           |  |     |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                 |                                                                             |  |  |  | 個 人 番 号         |  |  |  |           |  |     |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                 |                                                                             |  |  |  |                 |  |  |  |           |  |     |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                 |                                                                             |  |  |  | 生 年 月 日         |  |  |  |           |  |     |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                 |                                                                             |  |  |  | 明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 |  |  |  |           |  |     |  |  |  |  |  |
| 登録を終了する居宅介護支援事業者（事業所記入欄）                                                                                        |                                                                             |  |  |  |                 |  |  |  |           |  |     |  |  |  |  |  |
| 事業所番号                                                                                                           |                                                                             |  |  |  |                 |  |  |  | 事業所の所在地   |  | 〒 ー |  |  |  |  |  |
| 事業所名                                                                                                            |                                                                             |  |  |  |                 |  |  |  | 電話番号（ ） ー |  |     |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                 |                                                                             |  |  |  |                 |  |  |  |           |  |     |  |  |  |  |  |
| 終<br>了<br>事<br>由                                                                                                | <input type="checkbox"/> 居宅介護サービス(介護予防サービス)を利用するため<br>居宅介護支援(介護予防支援)事業所名（ ） |  |  |  |                 |  |  |  |           |  |     |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 医療入院                                               |  |  |  |                 |  |  |  |           |  |     |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 施設入所 施設名（ ）                                        |  |  |  |                 |  |  |  |           |  |     |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> その他（ ）                                             |  |  |  |                 |  |  |  |           |  |     |  |  |  |  |  |
| 登録終了年月日                                                                                                         |                                                                             |  |  |  | 令和 年 月 日        |  |  |  |           |  |     |  |  |  |  |  |
| 徳 島 市 長 様<br>上記の事業者との利用契約を終了したことを届け出します。<br><br>令和 年 月 日<br><br>住所<br>被保険者<br>氏名 電話番号（ ） ー<br><br>代筆者氏名（続柄等）（ ） |                                                                             |  |  |  |                 |  |  |  |           |  |     |  |  |  |  |  |
| 届出書を提出する者                                                                                                       |                                                                             |  |  |  |                 |  |  |  |           |  |     |  |  |  |  |  |
| 氏名または名称（続柄等）                                                                                                    |                                                                             |  |  |  | 住所または所在地 〒 ー    |  |  |  |           |  |     |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 家 族（本人との続柄）（ ）                                                                         |                                                                             |  |  |  | 電話番号（ ） ー       |  |  |  |           |  |     |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 事業所                                                                                    |                                                                             |  |  |  |                 |  |  |  |           |  |     |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> その他（ ）（ ）                                                                              |                                                                             |  |  |  |                 |  |  |  |           |  |     |  |  |  |  |  |

| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 証交付 | 確認 | 入力日 | 入力 | 受付日 | 受付 | 備考 |
|----|------|----|-----|----|-----|----|-----|----|----|
|    |      |    | 申請中 |    | /   |    | /   |    |    |

被保険者証等の取扱：☐証回収 ☐資格者証記載 ☐再交付

|     |                                                                                                                                   |  |  |  |  |    |                                                                  |  |  |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|----|------------------------------------------------------------------|--|--|
| 提出者 | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他（ ） |  |  |  |  |    |                                                                  |  |  |
| 本 人 | <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> その他（ ） |  |  |  |  | 番号 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他（ ） |  |  |

かならずお読みください

- 1 この届出書は、徳島市小規模多機能型居宅介護支援・複合型サービス事業所の利用契約を終了□□する場合にすみやかに徳島市高齢介護課へ提出してください。
- 2 届出時には必ず**介護保険被保険者証**(資格者証・受給者資格証)を提出してください。
- 3 届出時には必ず**被保険者及び提出者の身分を証明できるもの**の提示をお願いします  
(運転免許証、介護保険負担割合証等)
- 4 個人番号については、個人番号カード等の提示で確認させていただきます。
- 5 他の事業所で居宅サービス計画の作成を依頼する場合は、居宅サービス計画作成依頼届出書が必要です。

( 記 入 例 )

|                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (介護給付用)<br>徳島市小規模多機能型居宅介護・複合型サービス事業所<br>登録終了届出書                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                             |
| ※介護保険被保険者証(または資格者証)を必ず添付してください。                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                             |
| 被 保 険 者 氏 名<br>阿加ナ トクシマ タロウ<br><br><b>徳 島 太 郎</b>                                                                                                | 被 保 険 者 番 号<br>0 0 0 0 1 2 3 4 5<br>個 人 番 号<br>1 2 3 4 5 6 7 8 9 0<br>生 年 月 日<br>明・大(昭) 12 年 3 月 5 日                                                                                                        |
| 登録を終了する居宅介護支援事業者(事業所記入欄)                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                             |
| 事業所番号 3 6 1 2 3 4 5 6 7 8                                                                                                                        | 事業所の所在地 〒 7 7 0 - 1 2 3 4                                                                                                                                                                                   |
| 事業所名<br>●●小規模多機能型<br>居宅介護事業所                                                                                                                     | 徳島市〇〇町〇丁目〇番地<br>電話番号(088) 621-0000                                                                                                                                                                          |
| 終了<br>事<br>由                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護サービス(介護予防サービス)を利用するため<br>居宅介護支援(介護予防支援)事業所名 ◆◆居宅支援事業所<br><input type="checkbox"/> 医療入院<br><input type="checkbox"/> 施設入所 施設名 ( )<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 登録終了年月日                                                                                                                                          | 令和 3 年 5 月 7 日                                                                                                                                                                                              |
| 徳 島 市 長 様<br>上記の事業者との利用契約を終了したことを届け出しま<br>令和 3 年 5 月 7 日<br>住所 徳島市幸町2丁目5番地<br>被保険者 氏名 徳 島 太 郎 電話番号(088) 621-0000<br>代筆者氏名(続柄等) 徳 島 花 子 ( 妻 )     |                                                                                                                                                                                                             |
| 届出書を提出する者                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                             |
| 氏名または名称(続柄等)                                                                                                                                     | 〒 7 7 0 - 1 2 3 4                                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> 家 族(本人との続柄) )<br><input checked="" type="checkbox"/> 事業所 )<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>●●小規模多機能型居宅介護事業所 担当△△ | 〇丁目〇番地<br>電話番号(088) 621-0000                                                                                                                                                                                |

「介護保険被保険者証」  
又は「認定結果通知書」の  
「被保険者番号」を  
ご記入ください。

個人番号(マイナ  
カード)をご記入く  
ださい。

該当事由にチェックをい  
れてください。終了後に  
居宅介護支援事業所・  
包括支援センターの届  
出をされる場合は必ずご  
記入ください

医療機関・施設  
入所に該当しない  
場合は具体的  
にご記入くださ  
い

契約終了日をご  
記入ください

届出の提出を事  
業所に依頼する  
ことができます

この届出書に関するお問い合わせは...

〒770-8571 徳島市幸町2丁目5番地

徳島市 高齢介護課 給付係

電話 (088) 621-5585