

(介護予防給付用)

## 徳島市小規模多機能型居宅介護支援事業所 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		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="10">個 人 番 号</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="10">生 年 月 日</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="10">明 ・ 大 ・ 昭</td><td>年</td><td>月 日</td></tr></table>																					個 人 番 号												生 年 月 日												明 ・ 大 ・ 昭										年	月 日
個 人 番 号																																																										
生 年 月 日																																																										
明 ・ 大 ・ 昭										年	月 日																																															
登録を終了する介護予防支援事業者（事業所記入欄）																																																										
事業所番号									事業所の所在地	〒	—																																															
事業所名									電話番号（ ） —																																																	
終了事由	<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 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 上記の介護予防事業者との利用契約を終了したことを届け出します。  令和 年 月 日  住所 被保険者 氏名 電話番号（ ） —  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 〒 —																																																				
<input type="checkbox"/> 家 族（本人との続柄） <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> その他（ ）						電話番号（ ） —																																																				

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 介護予防サービス計画の作成を依頼する場合は、介護予防サービス計画作成依頼届出書が必要です。

( 記 入 例 )

(介護予防給付用) 徳島市小規模多機能型居宅介護支援事業所 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 リガナ トクシマ タロウ  <b>徳島 太郎</b>	被保険者番号 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 生年月日 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 〒 770-1234  徳島市〇〇町〇丁目〇番地 電話番号(088) 621-0000
事業所名 ●●小規模多機能型 居宅介護事業所	
終了事由 <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 居宅介護支援(介護予防支援)事業所名 ◆◆居宅支援事業所 <input type="checkbox"/> 医療入院 <input type="checkbox"/> 施設入所 施設名 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	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
登録終了年月日 令和 3 年 5 月 7 日	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
徳島市長様 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 令和 3 年 5 月 7 日 住所 徳島市幸町2丁目5番地 被保険者 氏名 徳島 太郎 電話番号(088) 621-0000 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) ( ) 女 地 〒 770-1234 <input type="checkbox"/> 家族(本人との続柄) ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 事業所 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ●●小規模多機能型居宅介護事業所 担当△△ 電話番号(088) 621-0000	

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