

(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									
ツカサ														
					個 人 番 号									
					生 年 月 日					性 別				
明・大・昭					年 月 日					男 ・ 女				
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					印					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 印 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 ()					印					電話番号（ ） -				

課長	課長補佐	係長	証交付	確認	入 力					身分確認	受付	
			申請中		2	0	1					

被保険者証等の取扱：証回収 資格者証回収 再交付 2号申請と同時（即確認） 受給資格証

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"/> 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介護・ながいき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 ツグシマ タロウ		被保険者番号 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	
徳島 太郎		個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8	
生年月日 明・大・昭 12 年 3 月 4 日		性 男・女	

「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(マイナンバー)をご記入ください。

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
事業所名 ●●小規模多機能型居宅介護事業所	事業所の印が必要 です 〒 〇 〇 〇 〇 番地
電話番号 (088) 621-0000	

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

医療機関・施設入所に該当しない場合は具体的に記入ください

終了事由
 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
 医療入院
 施設入所 施設名 ()
 その他 ()

登録終了年月日
令和 元年 5 月 7 日

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
契約終了日をご記入ください

令和 元年 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 (徳島)印 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)	所在地 〒 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 ()	届出の提出を事業所に依頼することができます 〒 〇 〇 〇 〇 番地
●●小規模多機能型居宅介護事業所 担当△△	
電話番号 (088) 621-0000	

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 介護・ながいき課 給付係
 電話 (088) 621-5585