

(介護給付用)

(受付印)

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

※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																														
カガナ					<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																														
					個人番号																														
					<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																														
生年月日					性別																														
明・大・昭					年 月 日					男・女																									
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																														
					〒 -																														
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 ()										〒 - 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・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介護保険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)
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

※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	
ツガナ トクシマ	タロウ	0 0 0 0 1 2 3 4 5	
徳島太郎		個人番号	
		1 2 3 4 5 6 7 8 9	0
		生年月日	性別
		明・大・昭 12年3月4日	男・女

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	770-1234
事業所名	徳島市幸町2丁目5番地	
	電話番号(088)621-0000	

事業所の印が必要です

●●小規模多機能型居宅介護事業所

印

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

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

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 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)	〒770-1234
<input type="checkbox"/> 家族(本人との続柄)	
<input checked="" type="checkbox"/> 事業所	〒770-1234
<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 介護保険課 給付係
電話 (088) 621-5585