

居宅・介護予防サービス計画作成終了届出書(小規模多機能型)

										区 分							
										終了							
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						
居宅・介護予防サービス計画作成を終了する事業者																	
事業者の事業所名					事業所の所在地							〒					
					(電話番号)							()					
事業所番号					サービス終了年月日												
					令和							年	月		日		
終了する場合の事由等																	
<p>十日町市長 様</p> <p>上記の小規模多機能型居宅介護事業者に居宅サービス計画作成を終了することを届け出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>被保険者 住所</p> <p style="padding-left: 40px;">氏名</p>																	
受付		確認事項			認定状況			小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号									
		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出重複			<input type="checkbox"/> 認定申請中(暫定) <input type="checkbox"/> 認定後												

(注意) 1 この届出書は、居宅サービス計画作成を終了次第、速やかに十日町市へ提出して下さい。

入力	証交付

番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他()	身元確認	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他() 2点 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()	確認者印