

介護保険 居宅介護(予防)サービス計画自己作成届出書

区 分	新規 ・ 変更 ・ 終了
-----	--------------

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所	〒 電話番号 ()		

美祢市長 様

居宅介護(予防)サービス計画を自己作成(新規 ・ 変更 ・ 終了)することを届け出ます。

年 月 日

【被保険者又は家族】

住 所

電話番号 ()

氏 名 続 柄

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出重複
--------	---------------------------------------------------------------

(注意)

- 1 新規又は変更の届出をする場合は、サービス利用票と併せて提出してください。
- 2 給付管理を変更(サービス提供事業者の変更、サービスを受ける回数の変更等)する時は、必ず美祢市に届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

〈問い合わせ先及び提出先〉

美祢市 市民福祉部高齢福祉課介護保険係
〒759-2292 美祢市大嶺町東分326-1
電話 0837-52-5229 FAX 0837-52-1490

市記入欄

番号確認	個人カード・通知カード・住民票(番号付)・住基確認・その他()	確認者印
本人確認	個人カード・免・保(介・健)・その他()	
代理人確認	免・保(介・健)・身分証(名札等)・その他()	