

介護保険に係る給付管理業務（自己作成扱い）依頼届出書

平成 年 月 日

八王子市健康福祉部介護保険課長 様

事業所名 _____

管理者名 _____ 印

標記の件について、平成 年 月分の暫定ケアプランの給付管理を、下記のとおり八王子市に依頼いたします。

記

フリガナ											
被保険者氏名	被保険者番号										
	生年月日	明	・	大	・	昭	年	月	日生		
住 所											
前回の要介護状態区分		前回の認定有効期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日
今回の申請区分		申請年月日	平成	年	月	日	認定年月日	平成	年	月	日
今回の要介護状態区分		今回の認定有効期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日
給付管理を依頼する理由											
包括との協議	地域包括支援センター名		包括担当者名								

提出締め切りは、毎月5日とします。

「居宅サービス計画書」1～3表（または「介護予防サービス・支援計画書」A～D表）及び居宅サービス計画書6・7表（当該月のサービスコード、単位数の実績を記入）を添付し、提出してください。