

介護保険に係る給付管理業務(自己作成扱い)依頼届出書

令和 年 月 日

八王子市福祉部介護保険課長 様

事業所名 _____

管理者名 _____

標記の件について、令和 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	年 月 日 ~				年 月 日				
今回の申請区分		申請年月日	令和 年 月 日	認定年月日	令和 年 月 日						
今回の要介護状態区分		今回の認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				負担割合	割			
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)、及びサービス利用票・利用票別表(当該月のサービスコード、単位数の実績を記入)、実績表を添付し、提出してください。