

介護保険に係る給付管理業務（自己作成扱い）依頼届出書

北見市長 様

年 月分の給付管理について、下記の理由により、北見市に依頼いたします。

年 月 日

居宅介護（介護予防）支援事業所名 _____

介護支援専門員名 _____

被保険者番号		被保険者氏名	
申請の区分	新規申請 ・ 更新申請 ・ 変更申請		
申請日	年 月 日		
前回の要介護状態区分	要支援（ 1 ・ 2 ） / 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）		
前回の認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
今回の要介護状態区分	要支援（ 1 ・ 2 ） / 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）		
今回の認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
要介護(要支援)認定日	年 月 日		
給付管理を 依頼する理由			

※提出締め切りは、毎月末日とします。自己作成となった場合には、事前に介護福祉課までご連絡ください。

※居宅介護（予防）サービス計画書（1）・（2）表及び当該月の実績（6・7票）を添付し、北見市に提出してください。

※ 北見市記入欄

受付印	受付者	添付書類 確認	決 裁 欄				
			課長	副主幹	係長	担当	給付担当