給付管理業務（自己作成扱い）依頼届出書

美作市長　　様

平成　　年　　月　　日

被保険者番号	
フリガナ	
被保険者氏名	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
性　別	男　・　女
対象年月	年　　月
前回の要介護状態区分	要支援（ １・２ ）／要介護（ １・２・３・４・５ ）
今回の要介護状態区分	要支援（ １・２ ）／要介護（ １・２・３・４・５ ）
認　定　日	年　　月　　日
給付管理を依頼する理由	

〈この届出を提出される方〉

氏　　名 事業者名	（担当者名　　）
住　　所	
電話番号	（　　）

〈提出書類〉

①サービス利用票（兼居宅（介護予防）サービス計画）

②サービス利用票（サービス利用票及びサービス利用票別表は、認定結果に基づいたサービスに置き換えたもの）

③給付管理票（様式第十一（附則第二条関係））

※提出期限は毎月５日（土日・祝日の場合は直前の開庁日）です。期限後の受付分は翌月分として処理します。

美作市確認欄

受　付	入　力