

第20号様式の2（第26条の3）

小規模多機能型居宅介護・介護予防 小規模多機能型居宅介護・複合型サービス
利用届出書

年　月　日

(宛先) 八千代市長

下記の事業者を利用することを届け出ます。

被保険者番号			個人番号		
住 所	電話番号				
フリガナ		生年月日	年 月 日	性別	男・女
被保険者氏名					

利用する事業者

届出区分	新規・変更
事業所の所在地	電話番号
事業者名 事業所名	
担当ケアマネジャー	
介護保険事業所番号	
利用開始日	年 月 日
事業所を変更する場合 の事由等	※事業所を変更する場合のみ記入してください。
利用開始月における居 宅サービス等の利用の 有無	

注意

- この届出書は、利用開始前に八千代市に提出してください。
- 事業所を変更するときは、変更事由を記入の上、八千代市に提出してください。
- 届出がない場合は、サービスに係る費用をいったん全額自己負担していただことがあります。
- 届出の際は、介護保険被保険者証を添付してください。