介護予防サービス計画自己作成届出書 みなし

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭　　　年　　月　　日 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 介護予防サービス計画を作成する者 | １　被保険者２　被保険者以外の者　　　住所　　　氏名　　　電話　　　被保険者との関係 |
| 介護予防サービス計画を自己作成する理由 |  |
| 自己作成する介護予防サービス計画によりサービスの利用を開始する日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 　高知市長　様　　上記のとおり介護予防サービス計画を自己作成することを届け出ます。　　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　住所　　被保険者　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |

（注意）

　１　この届出書は，介護予防サービス計画を自己作成し，サービスを利用する場合に提出してください。

　２　この届け出を行わず，サービスを利用した場合は，サービスに係る費用を一旦，全額自己負担

　　　していただくことがあります。

　３　被保険者証の交付を受けているときは，当該被保険者証を添付してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　高知市　介護保険課　給付係

　　　　　　　　　　　　　　　電話　０８８－８２３－９９５９