

介護保険被保険者証（ピンク色）を添付してください。

居宅サービス計画等作成依頼終了届出書

被保険者番号											
フリガナ											
被保険者氏名				生年 月日	明治 大正 昭和	年	月	日			
住 所	〒 -			電話番号 ()							

居宅サービス計画等の作成を依頼していた事業者の所在地・事業者名	〒 -			事業者番号							
				電話番号 ()							

居宅サービス計画等の作成を終了する事由	1 介護保険施設等へ入所・入院するため 2 居宅（予防）サービスの利用に係る計画を自ら作成するため 3 その他 ()	終了年月日 令和 年 月 日
---------------------	---	-------------------

神戸市長 宛

上記事業者との居宅サービス計画等の作成依頼の契約を終了したことを届出します。

令和 年 月 日

被保険者 氏 名

上記について被保険者の委任に基づいて届出をする場合の届出人	
届出人の住所・氏名 <small>（事業者の所在地・事業者名・担当者）</small>	*届出人が本人以外の場合に記入してください。 住 所 氏 名 電話番号 () 被保険者との関係 家族・事業者・その他 ()

注意 1： この届出書は、事業者との居宅介護サービス計画等の作成依頼の契約を終了した時に、速やかに神戸市介護保険課認定事務センターへ郵送するか、各区役所・支所の保健福祉課 保健事業・高齢福祉担当窓口へ提出してください。

注意 2： 居宅サービス計画等の作成を新たに事業者に依頼する時は、必ず居宅サービス計画依頼届出書等を神戸市介護保険課認定事務センターへ郵送するか、各区役所・支所の保健福祉課 保健事業・高齢福祉担当窓口へ提出してください。届出のない場合、サービスにかかる費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

神戸市記入欄	区 窓 口 受 付		セ ン タ ー 受 付		入 力 担 当	
--------	-----------------------	--	----------------------------	--	------------------	--